

Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Aan de staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Zorginstituut Nederland
Pakket

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon

0530.201570095

Datum 2 juli 2015
Betreft Aanbieding afwegingskader toegang Wlz

Onze referentie
2015070095

Geachte heer Van Rijn,

Op 27 oktober 2014 heeft u Zorginstituut Nederland gevraagd een afwegingskader voor de toegang tot de Wet langdurige zorg (Wlz) te maken. Met veel genoegen bied ik u dit hierbij aan.

Het afwegingskader is een operationalisering van de wettelijke toegangscriteria, zoals die op dit moment in de WLZ zijn geformuleerd. U heeft ook gevraagd te adviseren over de toegang tot de Wlz voor verzekerden met psychiatrische problematiek. Omdat is gebleken dat voor die groep aanvullende criteria nodig zijn waarvoor een wetswijziging is vereist, hebben we besloten daarover apart te adviseren. We streven ernaar om ons advies in oktober 2015 uit te brengen, in ieder geval op een zodanig tijdstip dat invoering per 1 januari 2017 mogelijk is. Dit heeft tot gevolg dat deze doelgroep gedurende langere tijd in onzekerheid verkeert. Zeker voor deze doelgroep is dat onwenselijk. We vragen u daarom om hen op korte termijn garanties te geven over de continuïteit van hun zorg, totdat ook voor hen een afwegingskader is vastgesteld.

U heeft ook gevraagd de effecten van het afwegingskader zo in beeld te brengen dat inzichtelijk wordt welke verschuivingen tussen domeinen hiervan het gevolg zijn. Als er verschuivingen tussen domeinen optreden, is dat het gevolg van de wijzigingen in de wetgeving zelf. Het afwegingskader heeft geen autonoom effect op verschuivingen tussen domeinen. Het is de operationalisering van de wettelijke toegangscriteria.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het afwegingskader was bij de validatie ervan te laag. Daar waren weliswaar een aantal plausibele verklaringen voor, maar we vinden het noodzakelijk dat het Centrum Indicatiestelling Zorg maatregelen neemt om deze structureel te verhogen. Ook vinden we het noodzakelijk de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid periodiek te toetsen. Het Zorginstituut wil daarover graag geïnformeerd worden.

We hebben gemerkt dat veel mensen zich zorgen maken over het feit dat de context van de verzekerde (mantelzorg, cliëntsysteem) geen rol speelt bij de indicatiestelling. We delen deze zorg, temeer omdat de Wmo aan gemeenten de mogelijkheid biedt om verzekerden die in aanmerking *kunnen* komen voor de Wlz,

maatwerkvoorzieningen vanuit de Wmo te weigeren. Dit kan ertoe leiden dat burgers die kunnen en willen volstaan met mantelzorg, aangevuld met enkele Wmo-voorzieningen en eventueel Zvw-zorg, zich gedwongen zien om gebruik te maken van de duurdere (integrale) zorg vanuit de Wlz. Wij vragen nogmaals uw aandacht voor dit effect.

Ik zal dit afwegingskader ook aanbieden aan het Centrum Indicatiestelling Zorg.

Hoogachtend,

Arnold Moerkamp
Voorzitter Raad van Bestuur



Zorginstituut Nederland

Afwegingskader toegang Wet langdurige zorg

Datum 2 juli 2015
Status Definitief

Colofon

Volgnummer	2015056390
Contactpersoon	
Afdeling	Pakket
Uitgebracht aan	de Staatssecretaris van VWS

Inhoud

Colofon—1

Samenvatting—5

Inleiding—9

1 **Vraagstelling en aanpak—11**
1.1 Aanleiding tot het onderzoek—11
1.2 Aanpak van het onderzoek—11
1.3 Resultaat van het onderzoek—12

2 **Het afwegingskader—13**
2.1 Vaststellen aandoening, handicap—14
2.2 Vaststellen uitzonderingen—14
2.3 Vaststellen functioneren—14
2.4 Vaststellen ernstig nadeel—14
2.5 Besluitvorming—15

3 **Reacties van betrokken partijen—17**
3.1 Operationalisering van de wettelijke toegangscriteria—17
3.1.1 Vraag aan partijen—17
3.1.2 Antwoord van betrokken partijen—17
3.1.3 Reactie van het Zorginstituut—17
3.2 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid—17
3.2.1 Vraag aan partijen—17
3.2.2 Antwoorden van partijen—18
3.2.3 Reactie van het Zorginstituut—18
3.3 Het begrip "blijvend"—18
3.3.1 Vraag aan partijen—18
3.3.2 Antwoorden van partijen—19
3.3.3 Reactie van het Zorginstituut—19
3.4 24 uur zorg in de nabijheid—19
3.4.1 Vraag aan partijen—19
3.4.2 Antwoorden van partijen—19
3.4.3 Reactie van het Zorginstituut—20
3.5 Overige opmerkingen—20
3.5.1 Niet meenemen van de GGZ in het afwegingskader—20
3.5.2 Niet betrekken van de beschikbare mantelzorg bij het bepalen van de zorgbehoefte—20
3.5.3 Afwegingskader en Zorgakkoord—20
3.5.4 Toepasbaarheid voor kinderen—21
3.6 Mogelijke witte vlekken—21
3.6.1 Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH)—21
3.6.2 Uitgerevalideerde NAH—21
3.6.3 Jongeren met zintuiglijke handicaps—21
3.7 Opmerkingen over het stelsel van de langdurige zorg—22
3.7.1 Doelstelling Hervorming Langdurige zorg in gevaar—22
3.7.2 Grens tussen Wlz, Zvw en Wmo—22
3.7.3 Verlenging van GGZ-behandeling met verblijf—22
3.7.4 De positie van de orthopedagoog—22
3.7.5 Grondslagen—22

3.7.6 Risico op strategisch gedrag—23
3.7.7 Tekstuele opmerkingen—23
3.7.8 Overige vragen en opmerkingen—23

4 Beslispunten—25
4.1 Beperking tot bestaande doelgroepen—25
4.1.1 Duiden en adviseren—25
4.1.2 Specifieke kenmerken GGZ-cliënten—25
4.1.3 Wetswijziging noodzakelijk—26
4.2 De term 'blijvend'—26
4.3 De term '24 uur per dag zorg in de nabijheid'—27
4.4 Verschuivingen tussen domeinen—27
4.5 Aanvullend onderzoek: monitoren effecten herziening zorgstelsel en mogelijke toegang voor de GGZ—27
4.5.1 Aanvullende vragen over de effecten van de Wlz in brede zin (monitoring)—28
4.5.2 Aanvullende vragen specifiek gericht op de GGZ—28

5 Conclusies en aanbevelingen—29
5.1 Goede operationalisering van de wettelijke toegangscriteria—29
5.2 De termen 'blijvend' en '24 uur per dag zorg in de nabijheid'—29
5.3 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid verbeteren—29
5.4 Aanvullend onderzoek—29

6 Vaststelling door de Raad van Bestuur—31

Bijlagen:

1. **Verzoek VWS**
2. **Rapport Bureau HHM Afwegingskader Wlz**
3. **Aanbiedingsbrief bestuurlijke consultatie**
4. **Verzendlijst bestuurlijke consultatie**
5. **Reacties partijen op bestuurlijke consultatie**
6. **Reactie op inbreng NIP**

Samenvatting

De toegangscriteria voor de Wet langdurige zorg (Wlz) zijn anders dan die van de AWBZ. De kern daarvan is dat de Wlz zich richt op blijvende problematiek die zonder 24 uur per dag toezicht of zorg nabij leidt tot ernstig nadeel, terwijl de AWBZ ook openstond voor tijdelijke problematiek en de criteria voor verblijf ruimer waren dan die in de Wlz. Vanuit hun verantwoordelijkheid voor het duiden van het verzekerd pakket en advisering bij indicatiegeschillen (Zorginstituut Nederland) en de indicatiestelling zelf (CIZ) hebben het Zorginstituut en het CIZ het voortouw genomen om, op verzoek van het Ministerie van VWS, een afwegingskader voor de toegang tot de Wlz te maken.

Het onderzoek bestond uit twee fasen. In de eerste fase werden op basis van literatuurstudie en interview met experts en professionals de bouwstenen voor het instrument verzameld. De tweede fase bestond uit het bouwen van het afwegingskader zelf. Het afwegingskader is gevalideerd door 1300 AWBZ-dossiers te indiceren met behulp van het afwegingskader.
De leden van de Wetenschappelijke Adviescommissie (WAR) van het Zorginstituut, aangevuld met wetenschappers die door het CIZ zijn aangezocht, hebben het onderzoek wetenschappelijk begeleid. De stakeholders zijn in drie bijeenkomsten in de gelegenheid gesteld hun inbreng te hebben. Het Ministerie is periodiek geïnformeerd.

Het onderzoeksrapport is als de bijlage opgenomen.

Het afwegingskader is opgebouwd in een aantal stappen:
1. Vaststellen aandoening of handicap.
In deze stap wordt beoordeeld of één van de in de wet genoemde aandoeningen, beperkingen of handicaps bij de verzekerde aanwezig is.

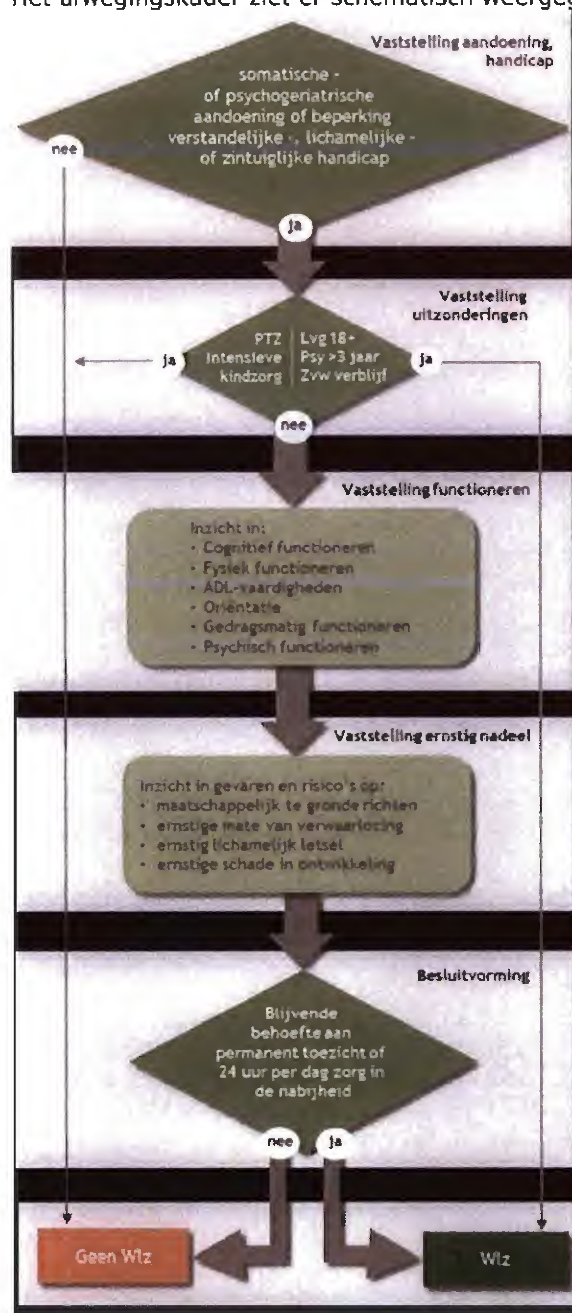
2. Vaststellen uitzonderingen.
In deze stap beoordeelt de indicatieonderzoeker of een van de uitzonderingen die in de wet staan, van toepassing is. Palliatief-terminale zorg voor verzekerden zonder Wlz-indicatie en intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening vormen geen aanspraak op de Wlz. Jeugdigen met een tijdelijke behoefte aan zorg in verband met een licht verstandelijke beperking, of verzekerden met een verstandelijke beperking die een in de Jeugdwet begonnen behandeling moeten afmaken, hebben ondanks de tijdelijkheid daarvan wel aanspraak op de Wlz.

3. Vaststellen functioneren.
Aan de hand van 46 vragen stelt de indicatieonderzoeker het functioneren van de verzekerde op alle relevante levensterreinen vast.

4. Vaststellen ernstig nadeel.
De indicatiesteller stelt op basis van negen vragen vast of er sprake is van ernstig nadeel, zoals de wet dat omschrijft.

5. Besluitvorming.
Op grond van de verzamelde informatie beoordeelt de indicatieonderzoeker of de verzekerde toegang heeft tot de Wlz.

Het afwegingskader ziet er schematisch weergegeven als volgt uit:



Het Zorginstituut heeft het concept afwegingskader ter bestuurlijke consultatie voorgelegd aan de stakeholders. In het rapport beschrijven we hun reacties op de consultatievragen en geven aan hoe we deze hebben betrokken in onze beoordeling van het afwegingskader.

Het Zorginstituut concludeert dat het afwegingskader een goede operationalisering is van de wettelijke toegangscriteria. Daarnaast doet het Zorginstituut een aantal aanbevelingen voor zorgvuldige implementatie van het afwegingskader.

Het Zorginstituut zal voor de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis aanvullend onderzoek doen. Hiervoor zal het samenwerken met het CIZ.

Ook zal het de mogelijke verschuivingen in beeld brengen die de Hervorming van de Langdurige Zorg tot gevolg kan hebben en onderzoeken hoeverre die verschuivingen zich in de praktijk nu al voordoen.

Inleiding

Op 1 januari 2015 is de Wet langdurige zorg in werking getreden. Deze wet, die de AWBZ vervangt, regelt de aanspraak op zorg voor mensen die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Zorginstituut Nederland heeft als taak om uit te leggen wat tot die aanspraken behoort en hoe verzekerden hier toegang toe krijgen. Het CIZ bepaalt of verzekerden toegang hebben tot zorg vanuit de Wlz. Zorginstituut Nederland behandelt geschillen tussen verzekerden en het CIZ over de aanspraak. Het CIZ en Zorginstituut Nederland willen vanwege die verantwoordelijkheden het voortouw nemen om de toegang tot de Wlz zo goed mogelijk vorm te geven. De beslissing of een verzekerde toegang heeft tot de Wlz moet stroken met de wettelijke criteria, transparant en toetsbaar zijn en zoveel mogelijk zijn gebaseerd op de stand van de wetenschap en de praktijk.

In dit rapport beschrijft Zorginstituut Nederland op welke manier het afwegingskader tot stand is gekomen, en hoe de beoordeling van de toegang tot de Wlz op basis van dit afwegingskader plaatsvindt.

Tijdens het onderzoek zijn de stakeholders op relevante momenten geïnformeerd over de voortgang en in de gelegenheid gesteld hun inbreng te hebben. De relevante leden van de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) van het Zorginstituut, aangevuld met wetenschappers die door het CIZ zijn aangedragen, hebben het onderzoek wetenschappelijk begeleid. Het concept afwegingskader is voor bestuurlijke consultatie aan de stakeholders voorgelegd.
De Adviescommissie Pakket (ACP) heeft op 29 mei 2015 over het afwegingskader geadviseerd. De commissie adviseerde maatregelen te nemen om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te vergroten, en die periodiek te meten. Daarnaast uitte de commissie zijn bezorgdheid over het feit dat de context van de verzekerde (mantelzorg en cliëntsysteem) geen rol speelt bij de indicatiestelling, temeer omdat de Wmo aan gemeenten de mogelijkheid biedt om verzekerden die in aanmerking *kunnen* komen voor de Wlz, maatwerkvoorzieningen vanuit de Wmo te weigeren. Dit kan ertoe leiden dat burgers die kunnen en willen volstaan met mantelzorg, aangevuld met enkele Wmo-voorzieningen en eventueel Zvw-zorg, zich gedwongen zien om gebruik te maken van de duurdere (integrale) zorg vanuit de Wlz.

We gaan in het eerste hoofdstuk in op het verzoek van VWS en de manier waarop de totstandkoming van het afwegingskader is aangepakt. In het tweede hoofdstuk beschrijven we het afwegingskader op hoofdlijnen. Het afwegingskader zelf is opgenomen in de bijlagen. In hoofdstuk 3 gaan we in op de bestuurlijke consultatie. We geven de vragen weer die we hebben gesteld, de reacties van partijen daarop, en op welke manier we daarmee zijn omgegaan. Hoofdstuk 4 gaat over de beslispunten die we in het ontwikkelingsproces zijn tegengekomen. We verantwoorden hier de gemaakte keuzes. We gaan in op het besluit om het afwegingskader op dit moment toe te spitsen op de huidige doelgroepen van de Wlz en waarom we vinden dat aanvullend onderzoek nodig is voor de toegang voor verzekerden met psychiatrische problematiek.
In hoofdstuk 5 geven we de conclusies en aanbevelingen voor de implementatie van het afwegingskader weer. Hoofdstuk 6 bestaat uit de vaststelling van dit rapport door de Raad van Bestuur.

1 Vraagstelling en aanpak

In dit hoofdstuk beschrijven we de aanleiding van dit rapport, de vraagstelling en aanpak van het onderzoek.

1.1 Aanleiding tot het onderzoek

De Wlz richt zich op doelgroepen die blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uur zorg nabij om ernstig nadeel te voorkomen. Daarmee gelden in de Wlz andere toegangcriteria dan in de AWBZ. Zorginstituut Nederland en het CIZ hebben in een bestuurlijk overleg geconstateerd dat het bestaande instrumentarium voor de indicatiestelling daarom aan herziening toe is. Het Zorginstituut en het CIZ zagen in hun wettelijke taken ten aanzien van het duiden van de aanspraken en het vaststellen van Wlz-indicaties aanleiding om samen een nieuw kader voor de indicatiestelling te ontwikkelen.
Naar aanleiding van een overleg tussen het Zorginstituut, het CIZ en het Ministerie van VWS heeft het Ministerie het Zorginstituut gevraagd om samen met het CIZ onderzoek uit te zetten dat leidt tot een afwegingskader voor de toegang tot de Wlz[1].
Daarnaast vroeg het ministerie om de effecten van het afwegingskader zo in beeld te brengen dat inzichtelijk wordt welke verschuivingen tussen domeinen hiervan het gevolg zijn.
Ook verzocht het ministerie om, gelet op de motie van de Tweede Kamer-leden Keijzer en Bergkamp van 20 januari 2014 (TK 30597, 397), de toegang van mensen met een psychische stoornis tot de Wlz bij het onderzoek te betrekken. Op dit moment hebben mensen met een psychische stoornis alleen toegang tot de Wlz als ze langer dan drie jaar in een instelling verblijven vanwege de behandeling van de psychische stoornis. Concreet verzocht VWS ons of er specifieke overwegingen zijn die nopen tot de conclusie dat mensen met een psychische stoornis blijvend kunnen zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij.

1.2 Aanpak van het onderzoek

Vanuit het Zorginstituut en het CIZ is een projectgroep samengesteld die de ontwikkeling van het afwegingskader en het daarbij behorende onderzoek begeleidde. Een stuurgroep op managementniveau was verantwoordelijk voor de sturing van het onderzoek. Voor de wetenschappelijke begeleiding is een commissie benoemd bestaande uit de relevante wetenschappers uit de Wetenschappelijke Adviescommissie (WAR) van het Zorginstituut, aangevuld met wetenschappers die door het CIZ zijn geselecteerd. Er zijn drie bijeenkomsten geweest met stakeholders, waarin de onderzoekers terugkoppeling gaven over het afwegingskader en stakeholders input konden leveren aan de onderzoekers. Ook is het Ministerie van VWS periodiek geïnformeerd over de voortgang van het onderzoek.

Het onderzoek omvatte twee fasen. De eerste fase betrof het verzamelen van de bouwstenen voor een afwegingskader, het tweede de ontwikkeling van het afwegingskader zelf.

Het onderzoek naar de bouwstenen had als doel om zoveel mogelijk wetenschappelijk onderbouwde meetinstrumenten te vinden die gebruikt kunnen worden om kenmerken van de cliënten die gebruik maken van langdurige zorg in beeld te brengen. Deze meetinstrumenten konden vervolgens vertaald worden in

[1] Brief Directeur Generaal LZ aan sectorhoofd Zorg van 27 oktober 2014, kenmerk 124903.

toegangscriteria die passen binnen de wettelijke toegangscriteria: het afwegingskader. Uit het onderzoek naar de bouwstenen is gebleken dat het niet mogelijk is om op basis van precieze scores op deze cliëntkenmerken de toegang tot de Wlz te bepalen. Er is veeleer sprake van een combinatie van factoren die, wanneer zij gezamenlijk in een bepaalde mate optreden, bepalend zijn voor het oordeel dat Wlz zorg is aangewezen.

Het concept afwegingskader is gevalideerd door ruim 1300 bestaande AWBZ-indicatiebesluiten te beoordelen met behulp van het afwegingskader.

1.3 Resultaat van het onderzoek

Het afwegingskader blijkt goed te voldoen voor het doel waarvoor het is bestemd. Wel is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid relatief laag. In 70% van de gevallen kwamen twee indicatiestellers die hetzelfde dossier beoordeelden tot dezelfde conclusie. Dat is laag. De onderzoekers geven plausibele verklaringen voor deze lage score:

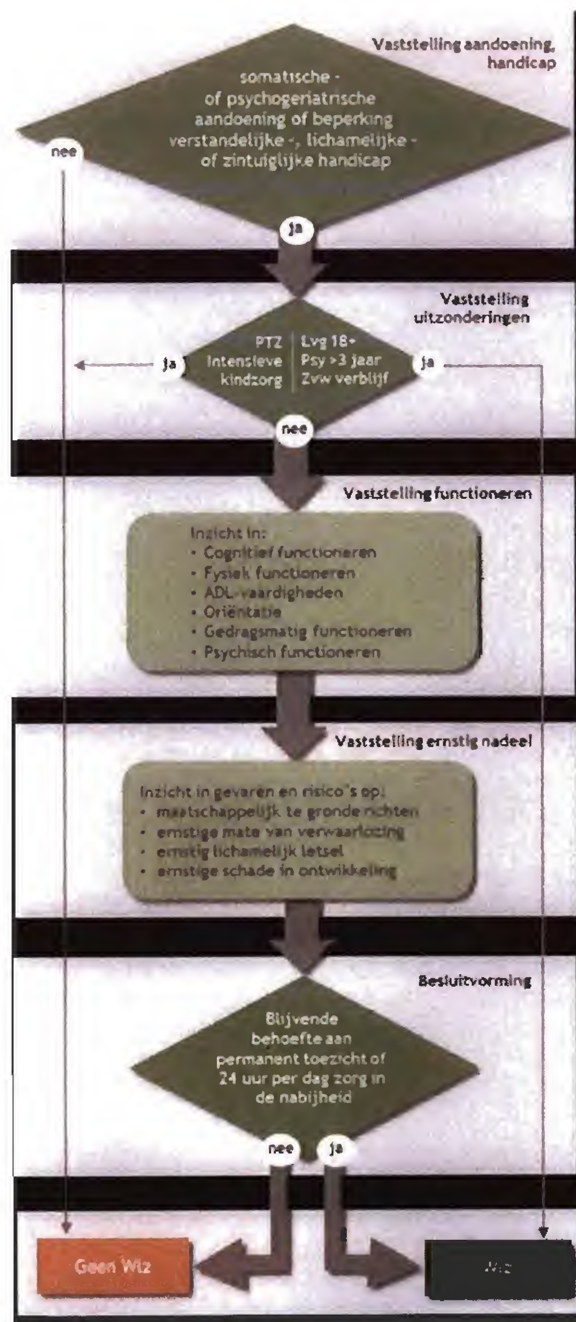
- De indicaties zijn gesteld op basis van een beperkt (AWBZ-)dossier, dat niet noodzakelijkerwijs alle informatie bevat die benodigd is voor een Wlz beoordeling.
- Er is geen persoonlijk contact met cliënten geweest om gegevens te actualiseren of te verduidelijken. Er was namelijk afgesproken om in het kader van het onderzoek geen contact te zoeken met aanvragers of cliënten om deze personen niet onnodig te belasten.
- De indicatiestellers hadden geen ervaring met het afwegingskader en intervisie had nog niet plaatsgevonden.

De onderzoekers doen aanbevelingen om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid in de praktijk te vergroten en die periodiek te meten.

Het Zorginstituut concludeert dat het afwegingskader voldoet aan zijn doelstelling, maar dat er tijdens en na de implementatie maatregelen nodig zijn om het instrument verder te ontwikkelen en de eenduidige werking ervan te vergroten. Voor een gedetailleerdere beschrijving van het onderzoek verwijzen we naar het rapport van HHM dat als bijlage is toegevoegd.

2 Het afwegingskader

In dit hoofdstuk geven we een globale beschrijving van het afwegingskader. Het volledige instrument staat in de rapportage van bureau HHM die als bijlage is toegevoegd. We beschrijven het afwegingskader aan de hand van het volgende schema:



2.1 Vaststellen aandoening, handicap

Net zoals in de AWBZ is voor toegang tot de Wlz een ziekte, aandoening of beperking ('grondslag') nodig: de achterliggende problematiek die ertoe leidt dat de verzekerde is aangewezen op zorg. Behalve psychische stoornissen geven alle grondslagen die de AWBZ kende, toegang tot de Wlz. Voor psychische stoornissen is dat alleen het geval als de verzekerde na drie jaar verblijf met behandeling nog steeds op die zorg (verblijf met behandeling) is aangewezen.

2.2 Vaststellen uitzonderingen

De Wlz kent een viertal uitzonderingsgroepen.
Bij twee uitzonderingen is het mogelijk dat de verzekerde weliswaar voldoet aan de toegangsvoorwaarden van de Wlz, maar komt de zorg toch ten laste van de Zvw. Het gaat om palliatief-terminale zorg voor verzekerden zonder Wlz-indicatie en intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening.
Bij twee andere uitzonderingen voldoet de verzekerde wellicht niet aan de toegangscriteria, maar komt de zorg toch ten laste van de Wlz. Het gaat om meerderjarige verzekerden die vanwege een combinatie van gedragsproblemen en een licht verstandelijke handicap tijdelijk zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij, of die een behandeling moeten afmaken die is begonnen in de Jeugdwet. Het gaat hierbij om integrale multidisciplinaire behandeling in een behandelinstelling voor Licht Verstandelijk Gehandicapten of Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapten, voor maximaal drie jaar.
Ook verzekerden met een psychische stoornis die drie jaar behandeling met verblijf ten laste van de Zvw hebben gehad, en daarna nog steeds op die zorg zijn aangewezen, hebben daarvoor aanspraak op de Wlz.

2.3 Vaststellen functioneren

Aan de hand van 46 vragen wordt het functioneren van de verzekerde vastgesteld ten aanzien van de volgende terreinen:
- cognitief functioneren
- fysiek functioneren
- ADL-vaardigheden (cognitief en fysiek)
- oriëntatie (cognitief en fysiek)
- gedragsmatig functioneren
- psychisch functioneren.

De vragen worden gescoord op een schaal van 0 tot 3, waarbij de schaal oploopt van geen beperkingen tot het volledig overnemen van de activiteit.

2.4 Vaststellen ernstig nadeel

Er is geen 1-op-1 relatie tussen de scorelijst van het functioneren en het optreden van ernstig nadeel. Het functioneren van de verzekerde geeft weliswaar een niet te missen beeld van het functioneren, maar voor het optreden van ernstig nadeel is vooral de inschatting van de risico's op gevaar belangrijk.
Het afwegingskader bevat negen vragen aan de hand waarvan de indicatie-onderzoeker die risico's in beeld brengt en op grond waarvan hij de risico's inschat.

Er is sprake van een hoog risico als er concrete aanwijzingen zijn dat het risico zich voordoet.

Het begrip ernstig is gedefinieerd als een direct gevaar voor de eigen gezondheid.

Het afwegingkader geeft een nadere operationalisering van de elementen die kunnen leiden tot ernstig nadeel:
- zich maatschappelijk te gronde richten
- zichzelf verwaarlozen
- ernstig lichamelijk letsel
- ernstige schade in ontwikkeling of bedreiging van de veiligheid.

De vaststelling van het risico op ernstig nadeel is de kern van de beoordeling. De meerwaarde van deze operationalisering is dat het expliciet maakt waarom een verzekerde is aangewezen op de Wlz en niet kan volstaan met reguliere zorg. Het maakt daarmee een gestructureerde beoordeling mogelijk en maakt die beoordeling ook toetsbaar.

2.5 Besluitvorming

Op grond van een zorgvuldige afweging van bovenstaande informatie bepaalt de indicatieonderzoeker of de verzekerde blijvend is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij.

De verzekerde heeft toegang tot de Wlz als één van onderstaande vragen positief wordt beantwoord:
1. Heeft de verzekerde blijvend behoefte aan *permanent toezicht*: onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal, waardoor tijdig kan worden ingegrepen?
2. Heeft de verzekerde blijvend behoefte aan *24 uur per dag zorg in de nabijheid*, omdat hij zelf niet in staat is op relevante momenten hulp in te roepen en hij door *fysieke problemen* voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft?
3. Heeft de verzekerde blijvend behoefte aan *24 uur zorg per dag in de nabijheid,* omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij door *zware regieproblemen* voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft?

Het afwegingskader bevat nadere omschrijvingen van de volgende begrippen:
- permanent toezicht
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid
- blijvend
- relevante momenten
- voortdurend
- zware regieproblemen.

3 Reacties van betrokken partijen

Het Zorginstituut heeft betrokken partijen bestuurlijk geconsulteerd over het concept afwegingskader. De aanbiedingsbrief is als bijlage bij dit rapport gevoegd. Ook is een overzicht van de aangeschreven partijen opgenomen. De reacties die zijn binnengekomen zijn ook bijgevoegd. Hieronder gaan we in op de vragen die we hebben gesteld en op de overige opmerkingen die partijen hebben gemaakt.

3.1 Operationalisering van de wettelijke toegangscriteria

3.1.1 *Vraag aan partijen*

Het eerste oordeel van het Zorginstituut is dat het afwegingskader een juiste operationalisering van de wettelijke toegangscriteria is. Het onderzoek is zorgvuldig uitgevoerd en is goed afgestemd met belanghebbende partijen. Uit de validatie blijkt dat indicatieonderzoekers van het CIZ vinden dat zij de beslissing of iemand (vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap) al dan niet is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid om ernstig nadeel te voorkomen, goed kunnen nemen. Zij geven aan dat de besluitvorming explicieter en transparanter plaatsvindt met behulp van het afwegingskader dan met het instrumentarium waarmee zij de Wlz op dit moment uitvoeren. Aan de geconsulteerde partijen is de vraag gesteld of zij het eens zijn met die constatering.

3.1.2 *Antwoord van betrokken partijen*

Vrijwel alle partijen beantwoorden deze vraag positief, waarbij waardering voor het gedegen onderzoek en de mate van betrokkenheid van stakeholders wordt uitgesproken. Alleen het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) is van mening dat het afwegingskader geen goede operationalisering is van de wettelijke toegangscriteria.

3.1.3 *Reactie van het Zorginstituut*

Het Zorginstituut ziet in de reacties van partijen geen aanleiding het afwegingskader te wijzigen. Een uitgebreidere reactie op de inbreng van het NIP is als bijlage bij dit rapport toegevoegd.

3.2 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

3.2.1 *Vraag aan partijen*

Het Zorginstituut constateerde dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van 70% laag is. Het constateerde ook dat daar plausibele redenen voor zijn en stelde een aantal maatregelen voor om die te verbeteren:

- Het persoonlijk contact met de verzekerde is al wettelijk vastgelegd, maar daarnaast is permanente scholing en intervisie nodig.
- Duidelijke instructies over de uitleg en toepassing van het afwegingskader kunnen behulpzaam zijn.
- We vinden het ook nodig dat het CIZ een methodiek ontwikkelt om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid periodiek te toetsen en dit te publiceren;

Aan de betrokken partijen is gevraagd of die maatregelen voldoende zijn om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te verhogen.

3.2.2 *Antwoorden van partijen*

Vrijwel alle andere partijen vinden de genoemde maatregelen voldoende, maar benadrukken ook dat die *noodzakelijk* zijn om een goede doorontwikkeling van het instrument te borgen.
Verschillende partijen benadrukken dat de gestelde maatregelen structureel en continu moeten zijn, en dat over de periodieke toetsing moet worden gecommuniceerd met betrokken partijen.
De Vereniging van Indicerende en adviserende Artsen (VIA) en brancheorganisaties uit de GGZ (GGZ Nederland/Federatie Opvang/RIBW Alliantie) geven aan dat het ook cruciaal is dat degenen die de indicatie stellen voldoende medische kennis en kennis van de doelgroepen hebben. De samenwerkende ouderenpartijen stellen een second opinion voor om zoveel mogelijk te voorkomen dat verzekerden de zwaardere weg van bezwaar en beroep moeten volgen.
Het NIP vindt de betrouwbaarheid van het afwegingskader onvoldoende. NIP stelt dat er geen zekerheid is dat de voorgestelde maatregelen leiden tot voldoende verbetering van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

3.2.3 *Reactie van het Zorginstituut*

Het Zorginstituut is het eens met de opmerking van partijen dat het van belang is dat de genoemde maatregelen in het werkproces van het CIZ worden opgenomen. Het zal de transparantie bevorderen als het CIZ periodiek rapporteert over de toetsing van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Ook is het Zorginstituut het eens met de constatering dat voldoende kennis over specifieke doelgroepen cruciaal is. Het Zorginstituut adviseert het CIZ bij de implementatie van het afwegingskader deze voorstellen over te nemen. Het Zorginstituut heeft er vertrouwen in dat het afwegingskader op die manier op een transparante en structurele manier toegepast kan worden. Een second opinion ligt naar de mening van het Zorginstituut minder voor de hand. Dat impliceert immers dat een andere beoordelaar dan het CIZ de indicatie stelt.

We vinden het niet zinvol het afwegingskader pas in te voeren als de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voldoende is. Daarvoor zijn vier redenen:

- De gemeten interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is om plausibele redenen lager dan die in de werkelijkheid zal zijn;
- Het CIZ moet nu al indicaties stellen. Dat gebeurt op basis van een systematiek die nog op de AWBZ is gebaseerd;
- De transparantie en toetsbaarheid van de huidige systematiek is minder dan die van het afwegingskader;
- Verbetering en borging van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is beter mogelijk als de indicatieonderzoekers al met het instrument werken.

3.3 Het begrip "blijvend"

3.3.1 *Vraag aan partijen*

In de wet is de term 'blijvend' gedefinieerd als: 'van niet voorbijgaande aard'. Wetenschappers en professionals vonden de term 'van niet voorbijgaande aard' in eerste instantie onwerkbaar, omdat nooit met 100% zekerheid gesteld kan worden dat een verzekerde voor altijd aangewezen is op permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid. Daarom is voorgesteld de term te interpreteren als: 'van niet voorbijgaande aard binnen afzienbare tijd'. Wij benadrukten hierbij dat dit niet bedoeld is om een bredere uitleg aan de wet te geven: het moet altijd gaan om situaties waarvan op het moment van besluitvorming de prognose zodanig is dat het aannemelijk is dat de verzekerde de rest van zijn leven op permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid is aangewezen.

In de consultatie is aan de betrokken partijen gevraagd of zij het eens zijn met deze interpretatie, of zij daarbij risico's op een ongewenste instroom in de Wlz zien, en welke maatregelen noodzakelijk zijn.

3.3.2 *Antwoorden van partijen*

De reacties van partijen zijn verschillend. Een beperkt aantal heeft geen opmerking. Een aantal partijen vindt de interpretatie juist, vooral omdat het erkent dat 100% zekerheid nooit mogelijk is. Enkele partijen geven aan dat die onzekerheid in bepaalde gevallen zou moeten leiden tot een tijdelijke indicatie. Ieder(In) vraagt zich af wat dan "binnen afzienbare tijd" inhoudt. ZN en de VIA zien risico's op ongewenste instroom omdat de term "binnen onafzienbare tijd" ook voor verschillende interpretaties vatbaar is. Daarbij merkt de VIA op dat ervaren en goed opgeleide professionals goed om kunnen gaan met een begrip als "blijvend".

3.3.3 *Reactie van het Zorginstituut*

De interpretatie van het begrip "blijvend" als "van niet voorbijgaande aard *binnen afzienbare tijd*" is in eerste instantie opgenomen om tegemoet te komen aan het feit dat experts aangeven dat het - vooral in de GGZ - nooit mogelijk is om te stellen dat iemand blijvend is aangewezen op permanent toezicht of 24-uur zorg in de nabijheid. Er is altijd een mogelijkheid dat de zorgbehoefte van de cliënt zodanig wijzigt dat een vorm van zelfstandig wonen met extramurale begeleiding mogelijk is.

Omdat van geen enkele cliënt in de Wlz met 100% zekerheid gesteld kan worden dat er nooit een verbetering kan komen in de zelfredzaamheid van de cliënt, is besloten deze ook voor de bestaande doelgroepen te laten staan, in de veronderstelling dat de duidelijkheid daarmee zou vergroten en de praktijk er mee zou zijn gediend.
Het blijkt echter dat deze formulering bij partijen leidt tot vragen en tot onduidelijkheid over een al dan niet tijdelijk karakter van de indicatie. Ook blijkt dat de indicerend artsen de toevoeging "binnen afzienbare tijd" geen verbetering vinden. De praktijk kan goed omgaan met de term "blijvend".
Het Zorginstituut constateert dat de toevoeging eerder verwarring dan verbetering tot gevolg heeft, en hanteert daarom verder de wettelijke definitie "van niet voorbijgaande aard".

3.4 24 uur zorg in de nabijheid

3.4.1 *Vraag aan partijen*

Tijdens de ontwikkeling van het afwegingskader bleek dat de omschrijving van de term '24 uur per dag zorg in de nabijheid' vragen opriep. De omschrijving van dit begrip in het afwegingskader is afgeleid van de Beleidsregels indicatiestelling 2015 die de staatssecretaris op 18 december 2014 heeft vastgesteld. De vraag is of de omschrijving daarvan in de beleidsregels en het afwegingskader geen uitbreiding van de wettelijke betekenis van dit begrip is.
Het Zorginstituut wil de staatssecretaris adviseren om de tekst in de Beleidsregels Indicatiestelling strikter aan te laten sluiten bij de omschrijving uit de Memorie van Toelichting van de Wlz en wil de term "24 uur zorg in de nabijheid" in het afwegingskader daar op aanpassen.
Aan partijen is de vraag gesteld of zij het daarmee eens zijn.

3.4.2 *Antwoorden van partijen*

Het NIP en Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN) zien geen verschil tussen de tekst in de Beleidsregels Indicatiestelling (waarop de tekst van het afwegingskader is gebaseerd) en de Memorie van Toelichting van de wet. De VGN, LSR, Per Saldo en

Ieder(in) vinden het een juiste formulering van de praktische situatie. De overige partijen vinden het terecht een formulering te kiezen die nauw aansluit bij de Memorie van Toelichting, omdat die tekst en eenduidiger is. De Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en de VIA zien in de formulering in de Beleidsregels Indicatiestelling en het afwegingskader een risico van verbreding van de doelgroep van de Wlz.

3.4.3 *Reactie van het Zorginstituut*

De onduidelijkheid over het begrip "24 uur zorg in de nabijheid" is ontstaan doordat de tekst in de Memorie van Toelichting afwijkt van de tekst in de Beleidsregels Indicatiestelling. Beide teksten zijn zo te lezen dat ze dezelfde strekking hebben, en in de praktische toepassing en ook bij de validatie, is die zo toegepast. De toevoeging in de Beleidsregels Indicatiestelling dat hiervoor nodig is dat de zorgverlener meerdere malen per dag poolshoogte gaat nemen en zonodig ingrijpt om ernstig nadeel voor de verzekerde te voorkomen, kan echter gemakkelijk verkeerd worden uitgelegd: men zou er in kunnen lezen dat als een zorgverlener enkele keren per dag een gepland bezoek aflegt, dat voldoende is voor toegang tot de Wlz. Dat is niet het geval. Daarom vindt het Zorginstituut dat de tekst in de Memorie van Toelichting, de Beleidsregels Indicatiestelling en het Afwegingskader gelijkluidend moeten zijn. Dat voorkomt onnodige spraakverwarring. De tekst uit de Memorie van Toelichting is de best passende.

3.5 Overige opmerkingen

Partijen hebben in hun reactie op de consultatie van het afwegingskader niet alleen de consultatievragen beantwoord, maar daarnaast een aantal andere opmerkingen gemaakt. In deze paragraaf gaan we daarop in.

3.5.1 *Niet meenemen van de GGZ in het afwegingskader*

De partijen uit de GGZ-sector hadden verwacht dat ook verzekerden met een psychische stoornis in het afwegingskader zouden zijn meegenomen. In hoofdstuk 4 lichten we toe waarom we dit niet hebben gedaan.

3.5.2 *Niet betrekken van de beschikbare mantelzorg bij het bepalen van de zorgbehoefte*

Een aantal partijen benadrukt dat het niet meenemen van de mantelzorg bij de indicatiestelling kan leiden tot ongewenste instroom. De samenwerkende ouderenbonden melden daarnaast dat sommige mantelzorgers de Wlz als een keurslijf ervaren. Het NIP vindt het terecht dat de beschikbare mantelzorg niet wordt betrokken in de beoordeling.
Zoals in de consultatiebrief is aangegeven, is het Zorginstituut in zijn bestuurlijke brief over de concept-Wet langdurig intensieve zorg hier al op ingegaan. Het Zorginstituut vond dat de mantelzorg wel zou moeten worden meegewogen, omdat dat past bij de last-resort functie die voor die wet was beoogd. De Wlz is echter vastgesteld en bepaalt dat de beschikbaarheid van mantelzorg niet meegewogen mag worden bij de indicatiestelling. Het afwegingskader is een uitwerking van de wettelijke criteria. Nu de Wlz in werking is getreden, neemt het Zorginstituut die als uitgangspunt.

3.5.3 *Afwegingskader en Zorgakkoord*

Enkele partijen stellen de vraag of het instrument rekening houdt met het Zorgakkoord, waarin de regeringspartijen hebben vastgelegd welke ZZPs behoren tot de doelgroep die op grond van zorgzwaarte aanspraak zou kunnen hebben op de kern-AWBZ (die later de Wlz is geworden). Het Zorginstituut ziet het Zorgakkoord als een afspraak van partijen hoe de toepassing van de wettelijke criteria in de praktijk zouden moeten uitwerken.

De wet is echter bepalend voor de toegang tot de Wlz. Of de wettelijke criteria leiden tot de uitwerking die partijen in het Zorgakkoord hebben beoogd, zal in praktijk moeten blijken. In aanvullend onderzoek zal het Zorginstituut nagaan welke zorgzwaartepakketten[2] tot toegang tot de Wlz kunnen leiden en in welke mate dat het geval is (zie paragraaf 4.3.1.).

Daarbij zij aangetekend dat de Wlz een ander karakter heeft dan de AWBZ. De wettelijke toegangscriteria zijn niet gebaseerd op de omvang van de benodigde zorg (het aantal benodigde uren zorg, zoals in de AWBZ), maar op de vraag of permanent toezicht of 24 uur zorg nabij noodzakelijk is. Het is dus mogelijk dat iemand met een omvangrijke zorgvraag (maar met een volledig intacte regiefunctie) geen toegang tot de Wlz heeft, en iemand met relatief weinig uren zorg wel, omdat hij wel blijvend is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij.

Tegelijkertijd hebben gemeenten, met de invoering van de Jeugdwet en de Wmo 2015, meer mogelijkheden gekregen om burgers te ondersteunen. Als zij hier succes mee hebben, kan dit het aantal Wlz-aanvragen terugbrengen.

Uit het aanvullende onderzoek zal blijken hoe de stelselwijziging in praktijk uitwerkt.

3.5.4 *Toepasbaarheid voor kinderen*

Enkele partijen vragen of het afwegingskader ook toepasbaar is bij kinderen. Het afwegingskader is in de validatie toegepast op kinderen (N=49), waarbij indicatieonderzoekers van het CIZ hebben aangegeven, dat het afwegingskader goed toepasbaar was. Het verdient wel aandacht om bij het gebruik van het afwegingskader extra aandacht te besteden aan kinderen, zodat bij de afweging op een juiste wijze rekening wordt gehouden met 'het kind zijn' en de inzet van gebruikelijke zorg. Dit vraagt om gerichte instructie en intervisie.

3.6 Mogelijke witte vlekken

Een aantal partijen ziet risico's voor specifieke doegroepen. Dit zijn risico's die niet zozeer samenhangen met (toepassing van) het afwegingskader, maar zijn inherent aan de stelselwijziging.
We vinden het belangrijk de genoemde risico's toch te noemen, zodat er in de monitoring extra aandacht aan kan worden geschonken.

3.6.1 *Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH)*

De VGN noemt de groep met Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH) als groep die specifieke aandacht verdient. Het is een subgroep van de andere grondslagen die niet specifiek wordt genoemd. De VGN maakt zich zorgen dat die groep ten onrechte bij het begin van het afwegingskader afvalt.

3.6.2 *Uitgerevalideerde NAH*

De VGN maakt zich ook zorgen over de groep met NAH die is uitgerevalideerd, maar nog wel een traject nodig hebben naar zelfstandig wonen. Om ongewenste instroom in de Wlz te voorkomen, moet die opvang in de Wmo goed zijn geregeld.

3.6.3 *Jongeren met zintuiglijke handicaps*

Hetzelfde geldt voor jongeren (pubers) met zintuiglijke handicaps die tijdelijk zijn ontspoord: zij zijn tijdelijk aangewezen op specifieke zorg met verblijf die voorheen ten laste van de AWBZ kwam. Dat moet nu in de Zvw, Wmo en Jeugdwet worden geregeld.

[2] Onder de AWBZ werd gesproken over zorgzwaartepakketten (ZZPs), onder de Wlz is sprake van zorgzwaarteprofielen.

3.7 Opmerkingen over het stelsel van de langdurige zorg

Enkele partijen maken zich zorgen over het stelsel van de langdurige zorg of over hoe het is uitgewerkt. We willen ons in dit rapport beperken tot het afwegingskader Voor zover de opmerkingen betrekking hebben op het afwegingskader gaan we daarop in. De opmerkingen die daar buiten vallen, geven we alleen weer.

3.7.1 *Doelstelling Hervorming Langdurige zorg in gevaar*

De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) maakt zich zorgen of de doelstellingen van de Hervorming van de Langdurige Zorg wel worden gehaald als de huidige toegangscriteria worden toegepast. De toegangscriteria van de Wlz en de Wmo zijn volgens de VNG niet complementair. Bepaalde zorgvormen in de Wlz en de Wmo zijn voor cliënten, zeker met een pgb, niet onderscheidend en het feit dat de gemeente een Wmo-voorziening kan weigeren aan Wlz-geïndiceerden, zorgt voor een aanzuigende werking van de Wlz. Dat vindt de VNG ongewenst, omdat daardoor direct de Wlz wordt benut, zonder eerst de mogelijkheden van de brede voorzieningen van de Wmo te onderzoeken.
Doordat de Wlz voorliggend is en geen mogelijkheid biedt voor het meewegen van de sociale context, wordt de nadruk gelegd op de onmogelijkheden van de cliënt in plaats van de mogelijkheden van de cliënt in zijn sociale context.

3.7.2 *Grens tussen Wlz, Zvw en Wmo*

Ieder(in) signaleert dat de grens tussen de Wmo en Wlz niet duidelijk genoeg is, en dat partijen in de praktijk naar elkaar verwijzen, zonder dat iemand onderzoek doet. Hoewel we dit een ernstig signaal vinden, constateren we is dat het om een uitvoeringsprobleem gaat met betrekking tot de voorlichting. Zowel de gemeente als het CIZ heeft onderzoeksplicht als een burger/verzekerde een aanvraag doet.

3.7.3 *Verlenging van GGZ-behandeling met verblijf*

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie wijst er op dat in het afwegingskader staat dat de toegang tot de Wlz voor verzekerden met psychiatrische problematiek beperkt is tot drie jaar. Er staat niet vermeld dat daarna is telkens verlenging met drie jaar mogelijk is. De NVO maakt ook een dergelijke opmerking.
We hebben verduidelijkt dat verlenging met telkens maximaal drie jaar mogelijk is.

3.7.4 *De positie van de orthopedagoog*

De NVO maakt bezwaar dat de orthopedagoog in de tabel over diagnostiserende professionals niet is genoemd bij de sectoren lichamelijk gehandicapten, zintuiglijk gehandicapten en psychische stoornissen, terwijl die daar wel werkzaam zijn.
Het is inderdaad zo dat orthopedagogen in die sectoren werkzaam zijn. Het gaat er hier echter om de vraag wie de diagnose mag stellen dat de genoemde stoornissen en beperkingen aanwezig zijn. Bij lichamelijke en zintuiglijke beperkingen en psychische stoornissen is dat niet de orthopedagoog.

3.7.5 *Grondslagen*

Ieder(in) vraagt of de grondslagen nu volledig worden losgelaten.
De vroegere grondslagen zijn nog wel genoemd in de Wlz, maar de term 'grondslag' wordt daar niet als zodanig in genoemd. Behalve voor de psychische stoornissen, zijn ze genoemd in artikel 3.2.1. Wlz. De psychische stoornissen staan in artikel 3.2.2. Er moet dus wel een stoornis, aandoening of beperking aanwezig zijn die toegang geeft tot de Wlz. Het gaat er vooral om dat iemand blijvend, dus levenslang is aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij om ernstig nadeel te voorkomen.

3.7.6 *Risico op strategisch gedrag*

De brancheorganisaties in de GGZ zien in het feit dat de GGZ is verdeeld over verschillende wettelijke kaders (Zvw, Wlz, Wmo, Jeugdwet, Wfz) risico's op strategisch gedrag van partijen. Zij stellen voor de eerste Wlz-indicatie te beperken tot drie jaar en de financiële consequenties van het toepassen van het afwegingskader voor de GGZ in kaart te brengen. Deze opmerkingen zullen wij betrekken in het aanvullende onderzoek naar de mogelijke toegang tot de Wlz voor de GGZ-doelgroep.

3.7.7 *Tekstuele opmerkingen*

Ieder(in) vraagt de term 'zichtbaar' in vraag 46 te vervangen door 'aanwijsbaar'. We zien dat als verbetering en hebben die suggestie overgenomen.
Hetzelfde geldt voor de suggestie de term 'geen inspanningstolerantie' te vervangen door 'inspanningsintolerantie'.

3.7.8 *Overige vragen en opmerkingen*

Ieder(in) vraagt wat de consequentie voor verzekerden met een zintuiglijke beperking is van hetgeen in voetnoot 5 op pagina 14 staat, namelijk dat oriëntatie wordt beoordeeld vanuit cognitieve en/of fysieke stoornissen. Oriëntatie-stoornissen worden veelal beoordeeld vanuit cognitieve beperkingen, terwijl voor zintuigelijk gehandicapten de oriëntatie-stoornissen met name voortkomen uit een fysieke stoornis (de zintuiglijke handicap). Indicatieonderzoekers hebben aangegeven, dat met de toelichting die in de voetnoot staat het beter mogelijk is om een goede afweging te maken voor verzekerden met een zintuiglijke handicap (en de verzekerde dus de juiste zorg ontvangt).

Ieder(in) signaleert ook dat termen als 'in hoeverre' en 'mate van ernst' deels subjectief zijn. En vraagt wat in verband daarmee wordt bedoeld met een adequate reactie op onverwachte situaties.
In de aanbevelingen hebben we voorgesteld om veel aandacht te besteden aan een nadere uitwerking van een instructie waarin meer inhoud wordt gegeven aan de begrippen 'in hoeverre' en 'de mate van ernst'. Met de vraag naar 'een adequate reactie op onverwachte situaties' wordt gevraagd naar de mate waarin de verzekerde in paniek kan raken door onverwachte situaties en daardoor onvoorspelbaar of onverantwoord gedrag kan vertonen.

De NIP wil de aantasting van kwaliteit van leven als (nieuw) criterium voor het begrip 'ernstig nadeel' toevoegen.

De NVO vindt de grens van 18 jaar te laag als op dat moment moet worden besloten of de zorg blijvend nodig is en pleit voor een leeftijd van 25 jaar.

4 Beslispunten

In dit hoofdstuk lichten we de beslissingen toe die het Zorginstituut in de loop van het project heeft genomen. We lichten toe waarom we de termen 'blijvend' en '24 uur per dag zorg in de nabijheid' willen hanteren in de strikte terminologie van de wet. We gaan dieper in op de constatering dat we de vraag van het Ministerie van VWS welke verschuivingen het afwegingskader tot gevolg heeft, nog niet kunnen beantwoorden.

We vinden aanvullend onderzoek nodig voor de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis. We geven aan hoe we dat willen doen. Ook willen we aanvullend onderzoek doen om de maximale verschuivingen tussen domeinen te kunnen inschatten. We willen daarbij monitoren in hoeverre die verschuivingen zich nu al in de praktijk voordoen.

4.1 Beperking tot bestaande doelgroepen

We hebben vastgesteld dat het afwegingskader goed werkt voor de doelgroepen waarop de Wlz zich nu richt. Voor de GGZ vinden we aanvullend onderzoek nodig. Omdat we aanvankelijk hebben geprobeerd de GGZ wel te betrekken in het afwegingskader, willen we uitleggen waarom we daar op zijn terug gekomen.

4.1.1 Duiden en adviseren

In eerste instantie dachten we dat het mogelijk zou zijn een afwegingskader te ontwikkelen dat ook toepasbaar zou zijn voor de GGZ-cliënten.

De huidige wet- en regelgeving richt zich op een aantal specifieke doelgroepen die blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uur zorg nabij. In het onderzoek is gebleken dat over het algemeen goed is vast te stellen of de problematiek blijvend is, hoewel van geen enkele cliënt met honderd procent zekerheid gesteld kan worden dat deze de rest van zijn leven aangewezen zal zijn op permanent toezicht of 24 zorg nabij. Voor mensen met een psychische stoornis is dit lastiger.

Hieronder leggen we uit dat de specifieke kenmerken van GGZ-cliënten maken dat we deze groep niet kunnen meenemen in de duiding van de huidige wet, maar dat daarvoor aanvullende criteria nodig zijn, die wetswijziging vereist. We willen daarover afzonderlijk adviseren.

4.1.2 Specifieke kenmerken GGZ-cliënten

Uit expertmeetings op het Ministerie tijdens de voorbereiding van de Wet Liz (de eerdere naam van de Wlz) bleek dat het nooit is uitgesloten dat psychiatrische problematiek zodanig verbetert dat de cliënt weer in een of andere vorm zelfstandig kan wonen en participeren. Dat is specifiek voor de GGZ; bij de andere doelgroepen is die onzekerheid veel minder. Aanvankelijk was dat de reden om de GGZ onder de Zvw onder te brengen. De experts die werden geconsulteerd bij de totstandkoming van het afwegingskader oordeelden hetzelfde als de experts die aanwezig waren op de expertmeetings bij VWS.

Het is vanzelfsprekend van belang dat GGZ-cliënten zolang mogelijk uitzicht houden op zelfstandigheid en participatie. Dat betekent ook dat ze moeten verblijven in een setting die daarop is gericht. De Wmo en Zorgverzekeringswet richten zich op ondersteuning en herstel van zelfredzaamheid, terwijl de Wlz zich principieel richt op doelgroepen die levenslang en levensbreed op permanent toezicht of 24 uur zorg nabij zijn aangewezen. Toegang tot de Wlz lijkt dan ook niet altijd het best aan te

sluiten bij de zorgbehoefte en het toekomstperspectief van mensen met een psychische stoornis.

Het is goed denkbaar dat de aanwezigheid van een sterk sociaal netwerk juist bij deze groep een belangrijke voorwaarde kan zijn voor een zelfstandig leven. Dat sociale netwerk is bij mensen met psychiatrische problematiek vaak verzwakt. Het ligt dan voor de hand eerst te proberen die sociale context te ondersteunen en te (re)activeren. De gemeente is hier, op grond van de Wmo, de aangewezen partij voor. Ook is het mogelijk dat het voorzien in een totaal pakket aan zorg (dat nu eenmaal het geval is in de Wlz) invaliderend werkt op de zelfredzaamheid en autonomie van verzekerden met psychiatrische problematiek.

Toch zijn er cliënten van wie aannemelijk is dat zij zeer langdurig, misschien zelfs de rest van hun leven, intensieve begeleiding of behandeling nodig zullen hebben. De Wlz zou voor deze doelgroepen wel goed aan kunnen sluiten bij hun zorgvraag. Gedacht kan worden aan de mogelijkheid (enkele partijen stellen dat voor) om tijdelijke indicaties mogelijk te maken, zodat periodiek kan worden vastgesteld of de situatie zodanig is verbeterd dat een Wlz-indicatie niet meer nodig is. De huidige Wlz biedt deze mogelijkheid – behoudens enkele gespecificeerde uitzonderingen – niet, omdat de wet zich richt op verzekerden met een blijvende zorgvraag.

4.1.3 *Wetswijziging noodzakelijk*

We zijn tot de conclusie gekomen dat voor de toegang tot de Wlz van verzekerden met psychiatrische problematiek wetswijziging noodzakelijk is.

Allereerst is het begrip 'blijvend' problematisch. In het onderzoek hebben we daarom het begrip opgevat als 'van niet voorbijgaande aard binnen afzienbare tijd'. Maar dit mag niet leiden tot een uitleg die feitelijk in strijd is met de wet. En het lijkt er op dat dit wel nodig is om mensen met ernstige psychiatrische problemen toegang te geven tot de Wlz. Dan is wetswijziging noodzakelijk.

Een tweede constatering is dat de huidige Wlz niet voorziet in het meenemen van de sociale context bij de bepaling van de toegang. De beoordeling of een verzekerde is aangewezen op de Wlz vloeit voort uit de beperkingen van de verzekerde zelf en staat los van de mogelijkheden die de omgeving nog zou kunnen bieden. Ook voor het laten meewegen van de sociale context is een wetswijziging noodzakelijk.

Tot slot voorziet de Wlz – behoudens enkele uitzonderingen voor specifieke doelgroepen- niet in het afgeven van indicaties voor een beperkte duur. Ook voor het kunnen indiceren voor bepaalde tijd is dus een wetswijziging nodig.

4.2 De term 'blijvend'

De wettelijke definitie van 'blijvend' is 'van niet voorbijgaande aard'. In de praktijk is het vaak niet 100% zeker dat de verzekerde tot het eind van zijn leven zal zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat een jong volwassene met ernstige verstandelijke beperkingen, waarvan iedereen overtuigd is dat die tot de doelgroep behoort, zich toch nog zo ontwikkelt dat een vorm van zelfstandig wonen mogelijk is. Of er ontstaan technologische oplossingen voor bijvoorbeeld alarmering of zelfredzaamheid.

In het onderzoek is die onzekerheid opgevangen door de term te omschrijven als 'van niet voorbijgaande aard binnen afzienbare tijd'. Daarmee is niet anders bedoeld dan dat de indicatieonderzoeker op het moment van beoordelen vaststelt dat de verzekerde, voor zover op dat moment is te overzien, levenslang zal zijn aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid. Uit de reacties van partijen op het concept van het afwegingskader blijkt dat deze omschrijving het risico met zich meebrengt dat het begrip breder wordt uitgelegd dan is bedoeld.

Daarbij geven de professionals (Vereniging Indicerend Artsen) dat zij ook zonder een toevoeging als 'binnen afzienbare tijd' goed om kunnen gaan met een begrip als 'blijvend'.

We hebben daarom de conclusie getrokken dat de toevoeging niet de bedoelde verduidelijking biedt maar juist verwarrend werkt. Bij ingebruikname kan het CIZ de toevoeging zonder probleem verwijderen uit het afwegingskader. Bij de validatie is het immers in de beperkte uitleg gehanteerd.

4.3 De term '24 uur per dag zorg in de nabijheid'

De onderzoekers hebben voor de omschrijving van de term '24 uur per dag zorg in de nabijheid' aansluiting gezocht bij de Beleidsregels Indicatiestelling zoals die door de staatssecretaris voor 2015 zijn vastgesteld. Daarin staat dat nabijheid kan betekenen dat een zorgverlener meerdere malen per dag poolshoogte gaat nemen. Bij de besprekingen van het concept afwegingskader en in de consultatie van het concept van het afwegingskader is gesignaleerd dat deze omschrijving afwijkt van wat er in de Memorie van Toelichting staat, namelijk dat gedurende de gehele dag zorg nabij beschikbaar moet zijn, zowel op te plannen als op ongeplande momenten, omdat ieder moment iets mis kan gaan. We hebben in de consultatie gevraagd of de tekst niet beter kan aansluiten bij de Memorie van toelichting. Terecht merkt een aantal partijen op dat de strekking van de tekst in de Beleidsregels, mits in zijn context gelezen, feitelijk niet afwijkt van die van de Memorie van Toelichting. Toch kan de zin 'Hiervoor is nodig dat de zorgverlener meerdere malen per dag poolshoogte gaat nemen en zo nodig ingrijpt, om ernstig nadeel te voorkomen' voor verwarring zorgen. Het kan zo worden geïnterpreteerd dat, als het nodig is dat meerdere malen iemand poolshoogte neemt, er al aanspraak is op de Wlz. Dat is niet het geval. Daarom adviseren we die zin te schrappen en de tekst uit de Memorie van Toelichting te gebruiken.

4.4 Verschuivingen tussen domeinen

Het ministerie van VWS heeft verzocht om de effecten van het afwegingskader zo in beeld te brengen dat inzichtelijk wordt welke verschuivingen tussen domeinen hiervan het gevolg zijn.

Als er verschuivingen optreden tussen de verschillende domeinen, is dat het gevolg van de wetgeving zelf, niet van het afwegingskader. Het afwegingkader heeft geen autonoom effect op verschuivingen tussen domeinen. Het is de operationalisering van de wettelijke criteria. De toegangscriteria en aanspraken van de Wlz zijn anders dan die van de AWBZ. Ook zijn de voorzieningen en aanspraken in de Wmo, Zorgverzekeringswet en Jeugdwet gewijzigd. Verschuivingen doen zich nu dus al voor. De meerwaarde van het afwegingskader is vooral gelegen in een explicitering van de besluitvorming en de toetsbaarheid en eenduidigheid ervan.

Dat maakt het niet minder belangrijk om inzicht te krijgen in de vraag hoeveel mensen zijn aangewezen op de Wlz, welke op de Wmo en Zvw en wat de (financiële) consequenties van de stelselwijziging in de praktijk zijn. Daarvoor is het nodig aanvullend onderzoek te doen.

4.5 Aanvullend onderzoek: monitoren effecten herziening zorgstelsel en mogelijke toegang voor de GGZ

Zoals in de vorige paragraaf is uitgelegd, heeft het afwegingskader zelf geen effect op verschuivingen tussen domeinen. Maar het is wel gewenst inzicht te krijgen in de effecten die de stelselwijziging in de praktijk heeft. Daarvoor is er een grotere steekproef nodig dan die bij de validatie van het afwegingskader is toegepast.

We zullen daarover aanvullend onderzoek laten doen. Ook is aanvullend onderzoek nodig om tot een goed advies te komen over de toegang van verzekerden met psychiatrische problematiek.

Het Zorginstituut zal voor deze onderwerpen in nauwe samenwerking met het CIZ aanvullend onderzoek uitzetten. We willen in dat onderzoek de volgende vragen beantwoorden.

4.5.1 Aanvullende vragen over de effecten van de Wlz in brede zin (monitoring)

Het Zorginstituut zal (samen met het CIZ) de maximale verschuivingen tussen domeinen in beeld brengen, zo mogelijk gespecificeerd naar zorgzwaartepakketten/-profielen, en inzicht geven in de financiële consequenties daarvan. De mate waarin die verschuivingen zich daadwerkelijk voordoen, hangt af van de mate waarin gemeenten en zorgverzekeraars er in slagen de zorg in de Wmo en Zvw zo in te richten, dat verzekerden geen aanspraak hoeven te doen op de Wlz. Ook hangt het ervan af hoe snel gemeenten een voorziening weigeren als burgers (mogelijk) aanspraak maken op zorg uit de Wlz. We zullen daarom ook monitoren in hoeverre die verschuivingen zich in de werkelijkheid (nu reeds) voordoen.

Daarbij willen we ook inzicht geven in de gevolgen van de Wlz: voor welke zorgzwaartepakketten zoals deze bestonden onder de AWBZ (en thans nog bestaan als bekostigingstitel in de Wlz) geldt dat zij (in beginsel) ook binnen de reikwijdte van de Wlz vallen?

4.5.2 Aanvullende vragen specifiek gericht op de GGZ

Voor de toegang tot de Wlz willen we advies uitbrengen over twee hierna genoemde varianten. We zullen daarbij ingaan op de mate waarin deze passen bij de strekking en doelstellingen van de hervorming van de langdurige zorg en het karakter van de Wlz daarbinnen. We zullen daarbij aansluiten bij de stand van de wetenschap en de praktijk.

Variant 1:
We adviseren over de effecten van het onverkorte toepassen van de huidige Wlz-criteria voor mensen met een psychische stoornis. We kijken daarbij zowel naar de inhoudelijke aspecten als naar de kwantitatieve gevolgen.

Variant 2:
We adviseren ook over één of meer varianten waarbij aanvullende inhoudelijke of andere criteria dan die in de huidige wetgeving staan, toegepast worden. In dit advies gaan we ook in op de gevolgen voor de doelgroep.

Na het onderzoek naar beide varianten zullen we een advies uitbrengen aan de Minister en staatssecretaris van VWS over de wijze waarop de toegang tot de Wlz gerealiseerd kan worden, passend bij de aard van de doelgroep en de doelstellingen van de Wlz.

We realiseren ons dat partijen zo snel mogelijk duidelijkheid willen over de toegang tot de Wlz van verzekerden met psychiatrische problematiek. We willen het onderzoek daarom zo spoedig mogelijk afronden, waarbij we ons in eerste instantie richten op 1 oktober 2015. In ieder geval zal ons advies op een zodanige termijn gereed zijn dat invoering van het afwegingskader voor de GGZ per 1 januari 2017 mogelijk is.

Bij de verdere ontwikkeling zullen we relevante partijen nauw betrekken.

5 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk geven we kort de conclusies en aanbevelingen weer die uit dit rapport voortkomen.

5.1 Goede operationalisering van de wettelijke toegangscriteria

Zorginstituut Nederland vindt het afwegingskader een goede operationalisering van de wettelijke toegangscriteria voor de Wlz voor de doelgroepen die daar nu aanspraak op hebben.

5.2 De termen 'blijvend' en '24 uur per dag zorg in de nabijheid'

De aanvankelijke aanpassing van het begrip 'blijvend' veroorzaakt eerder verwarring dan verduidelijking. De wettelijke definitie 'van niet voorbijgaande aard' voldoet.

We constateren dat het begrip '24 uur per dag zorg in de nabijheid' in de Memorie van Toelichting op de wet anders is beschreven dan in de Beleidsregels indicatiestelling. Hoewel dat in de praktische toepassing geen gevolg hoeft te hebben, verdient een eenduidige omschrijving de voorkeur. De omschrijving uit de Memorie van Toelichting sluit het best aan bij de strekking van de wet. We adviseren het CIZ om bij ingebruikname van het afwegingskader die omschrijving te hanteren.

5.3 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid verbeteren

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het afwegingskader is nog te laag. Hoewel daar plausibele redenen voor zijn, bevelen we aan om bij de implementatie maatregelen te nemen die de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid verbeteren en borgen. Het is niet zinvol te wachten met de implementatie van het afwegingskader totdat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voldoende is. Op dit moment indiceert het CIZ ook al voor de Wlz. De transparantie en toetsbaarheid van het afwegingskader is groter dan die van de huidige werkwijze. Ook is verbetering beter mogelijk bij toepassing van het afwegingskader in de praktijk.

We adviseren het CIZ de volgende maatregelen te nemen:

- het ontwikkelen van een passende handleiding en instructie;
- specifieke instructies over de toepassing van het afwegingskader bij kinderen;
- voldoende materiedeskundigheid en kennis van specifieke doelgroepen;
- permanente scholing en intervisie;
- het ontwikkelen van een methode voor periodieke toetsing van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid
- de resultaten hiervan te publiceren.

5.4 Aanvullend onderzoek

We willen samen met het CIZ aanvullend onderzoek doen naar de toegang tot de Wlz voor mensen met een psychische stoornis. Daarbij zullen we verschillende scenario's verkennen: het toepassen van de criteria van de huidige wet, en varianten met aanvullende criteria. We zullen daarbij ingaan op de mate waarin deze passen bij de strekking en doelstellingen van de hervorming van de langdurige zorg en het karakter van de Wlz daarbinnen.

We streven er naar dat aanvullende onderzoek voor 1 oktober 2015 op te leveren, doch in ieder geval op een zodanig tijdstip dat implementatie van het afwegingskader voor de GGZ per 1 januari 2017 mogelijk is.

Ook willen we aanvullend onderzoek doen om de maximale verschuivingen tussen domeinen inzichtelijk te maken en monitoren in hoeverre die zich nu al in de praktijk voordoen.

6 Vaststelling door de Raad van Bestuur

Het afwegingskader is door de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland vastgesteld in zijn vergadering van 22 juni 2015.

Zorginstituut Nederland

Voorzitter Raad van Bestuur

Arnold Moerkamp

Bijlage 1



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Zorginstituut Nederland
t.a.v. mevrouw mr. M. van der V.

Directie Langdurige Zorg
Rijnstraat 50
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Kenmerk
124903

Uw brief
-

Bijlage(n)
-

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Datum 27 OKT. 2014
Betreft Wegingskader Wlz

Geachte mevrouw Van der V.,

Op donderdag 27 februari 2014 vond overleg plaats tussen het College voor Zorgverzekeringen (inmiddels Zorginstituut Nederland (Zorginstituut)), het Centrum indicatiestelling Zorg (CIZ) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Hoofdonderwerp van gesprek was de door het Zorginstituut en het CIZ gezamenlijk geformuleerde wens om onderzoek te (laten) verrichten naar een nieuwe manier van vaststellen of een verzekerde in het kader van de Wet langdurige zorg (Wlz) recht heeft op een integraal zorgaanbod op grond van die wet. Naar uw mening en die van het CIZ vergen de uitgangspunten van de hervorming van de langdurige zorg een andere benadering van de zorgvraag van potentiële cliënten.
Het door ZINL en CIZ bedoelde onderzoek zou bouwstenen moeten opleveren voor een nieuw toekomstbestendig toegangskader Wlz, ook in geval van eventueel komende wetswijzigingen. Het onderzoek omvat het operationaliseren, zo veel mogelijk evidence-based, van de wettelijke toegangsvereisten zoals deze vastliggen in de Wlz.

<u>Aanleiding</u>
Het kabinet wil met de introductie van de Wet langdurige zorg 2015 een nieuwe volksverzekering in het leven roepen, die waarborgen biedt voor behoud of verbetering van kwaliteit van leven aan mensen die - ook met steun van de eigen omgeving - niet meer zelfredzaam kunnen zijn. De beoogde invoeringsdatum van deze wet is 1 januari 2015.

Uitgangspunten bij deze herziening zijn:
1. Kwaliteit van leven (welbevinden) staat voorop. Uitgegaan wordt van wat mensen (nog) wel kunnen in plaats van wat zij niet kunnen.
2. Meer voor elkaar zorgen. Als ondersteuning nodig is, wordt allereerst gekeken naar het eigen, sociale netwerk en de financiële mogelijkheden van betrokkenen en wordt de hulp dichtbij georganiseerd.
3. Voor wie - ook met steun van de omgeving - niet (meer) zelfredzaam kan zijn,



Directie Langdurige Zorg

Kenmerk

124903

is er altijd (op participatie gerichte) ondersteuning of passende zorg.
4. De meest zorgbehoevenden krijgen recht op passende zorg en verblijf op grond van de Wlz.

In de Memorie van Toelichting van de Wlz 2015 is voorts het volgende opgenomen over de indicatiestelling:

'Bij de indicatiestelling zal het CIZ een landelijk uniform afwegingskader hanteren. In de hiervoor genoemde HLZ-brief die de Staatssecretaris naar de Tweede Kamer heeft gestuurd, is op hoofdlijnen aangegeven welke groepen in de toekomst nog toegang krijgen tot de nieuwe volksverzekering en welke groepen voortaan terecht kunnen bij de Wmo 2015, Jeugdwet en/of Zvw. In dit wetsvoorstel zijn de toegangscriteria voor de Wlz nader uitgewerkt. Er is gekozen om de lat die de toegang bepaalt hoger te leggen dan in de AWBZ. Lichtere vormen van ondersteuning en zorg uit de AWBZ maken geen onderdeel meer uit van de Wlz. In hoofdlijnen komt het erop neer dat een cliënt recht heeft op zorg op grond van de Wlz indien hij vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap blijvend behoefte heeft aan:
•permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel; of
•24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat de cliënt, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen, -door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft, of -door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft. "

<u>Beoogd doel van het door u voorgestane onderzoek, in samenspraak met het CIZ</u>
Het door ZINL en CIZ beoogde onderzoek resulteert in:

1. het vaststellen van objectieve cliëntkenmerken die maken dat iemand is aangewezen op een samenhangend pakket aan intramurale zorg zoals bedoeld in de Wlz;
2. het vaststellen van het onderzoeksinstrument/afwegingskader waarmee op grond van deze cliëntkenmerken het zorgprofiel zoals bedoeld in de Wlz kan worden bepaald.

Mijn reactie op uw voorstel is als volgt.

Gelet op de nieuwe zorginhoudelijke criteria, is het wenselijk dat een nieuw wegingskader wordt ontwikkeld, waarvan de vertaling neerslaat in het zorgprofiel, dat onderdeel uit maakt van het indicatiebesluit van het CIZ. Het zorgprofiel zal leiden tot meer maatwerk, omdat wordt geïndiceerd in aard, inhoud en (globale) omvang van zorg (zorgprofielen) in plaats van in zorgzwaartepakketten (zzp's), waarin uren zijn opgenomen. Ten behoeve van de ontwikkeling van de nieuwe zorgprofielen die na het overgangsjaar 2015 zullen worden geïntroduceerd, ontvangt u zo spoedig mogelijk separaat mijn vraag om deze zorgprofielen te (laten) ontwikkelen.

Ik ga, met inachtneming van onderstaande, akkoord met het door ZINL en CIZ beoogde onderzoek, uit te voeren door het ZINL.

De resultaten van het onderzoek zijn van groot belang voor de Wlz als het gaat om het waarborgen van de toegang voor de cliënt en als het gaat om mogelijke effecten op de vastgestelde financiële kaders, het voorkómen van afwenteling, en beperking van de administratieve lasten voor aanbieders.



Directie Langdurige Zorg

Kenmerk
124903

Ik verzoek u daarom tevens om, in samenspraak met het CIZ, de te verwachten effecten van het onderzoeksinstrument/afwegingskader Wlz zo in kaart te brengen, dat inzichtelijk wordt welke verschuivingen van cliënten tussen de wettelijke domeinen te verwachten zijn als gevolg hiervan, zo veel mogelijk uit te drukken in aantallen en zorgzwaarte. Graag lees ik ook in het onderzoek wat het nieuwe wegingskader betekent voor de doelgroepen zoals beschreven in de Memorie van Toelichting van de WLZ 2015.

Gelet op de uitvoering van de motie van de Tweede Kamer-leden Keijzer en Bergkamp van 20 januari 2014 (TK 30597, 397), verzoek ik u hierbij expliciet de langdurige intramurale GGZ te betrekken in uw onderzoek.

Volledigheidshalve wijs ik u voor de achtergrond en duiding van mijn verzoek op de volgende brieven:

- Brief van de staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer van 24 maart 2014 over positionering langdurige intramurale GGZ (TK 30 597, nr. 427);
- De bijlage met werkafspraken in het kader van de transitie bij voorgenoemde brief;
- Beantwoording VSO positionering langdurige intramurale GGZ (TK 30 597, nr. 450).

Ik verzoek u voorts om voor de langdurige GGZ de volgende vraag te beantwoorden in het onderzoek:

- Zijn er specifieke overwegingen die nopen tot de conclusie dat de hier aan de orde zijnde doelgroep blijvend zal zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid? Het gaat hier om alle verzekerden met een psychische stoornis.

Tenslotte

Ik verzoek u bij dit onderzoek ook de brancheorganisaties in de (langdurige) zorg te betrekken, zoals VGN, ActiZ, BTN, NPCF, CSO, Per Saldo en Ieder(in).
Voor de GGZ-sector denk ik ook aan patiëntenkoepel LP GGZ, naast de VNG en ZN. Ook bij de operationalisering van deze criteria dienen de GGZ-partijen te worden betrokken. Het is daarnaast van belang dat het GGZ-screeningsinstrument[1] dat veldpartijen zelf gaan ontwikkelen, nauw wordt afgestemd met het Zorginstituut.

Voorts verzoek ik u het ministerie van VWS als adviseur uit te nodigen, zodat de door u te (laten) ontplooien werkzaamheden (blijven) stroken met de stand van de beleidsontwikkelingen en politieke besluitvorming. Mijn medewerker mevrouw S.L.J. Bos (e-mail: sl.bos@minvws.nl) zal deze rol vervullen.

[1] Het screeningsinstrument kan behulpzaam zijn bij de bepaling van het domein waarin een zorgvraag thuishoort. Het kan bijdragen aan de verheldering van de toegangscriteria van de Wlz.



Directie Langdurige Zorg

Kenmerk
124903

U heeft aangegeven dat het afwegingskader/onderzoeksinstrument -dat ook de basis biedt voor het opstellen van de zorgprofielen- op tijd gereed is om per 1 januari 2016 in werking te treden, uiteraard onder voorbehoud van besluitvorming door de staatssecretaris en indien nodig, de benodigde wijzigingen in wet- en/of regelgeving. Het onderzoek is op 1 april 2015 afgerond.

Ik ga er overigens van uit dat dit onderzoek past in uw onderscheiden jaarprogramma's.

Ik heb het Centrum Indicatiestelling Zorg een afschrift van deze brief gezonden.

Hoogachtend,

de directeur-generaal Langdurige Zorg,

drs. C. van der Burg

Bijlage 2

BUREAU hhm
ONDERZOEK EN ADVIES



Wlz-afwegingskader

Ontwikkeling van een instrument om de toegang tot de Wlz te bepalen

Enschede, 7 mei 2015
PJ/15/0643/twlz

dr. Patrick Jansen
dr. Stéphanie van den Berg
ir. Nienke van Vliet

Inhoudsopgave

Samenvatting 3

1. Inleiding 4
1.1 Doelstelling 4
1.2 Onderzoeksvragen 4
1.3 Aanpak 5
1.4 Projectstructuur 6
1.5 Uitgangspunten 6

2. Inhoud afwegingskader 9
2.1 Vaststelling aandoening, handicap 10
2.2 Vaststelling uitzonderingen 11
2.3 Vaststelling functioneren 12
2.4 Vaststelling ernstig nadeel 16
2.5 Besluitvorming 18

3. Validatie afwegingskader 20
3.1 Validiteit 20
3.2 Casuïstiekbespreking 21
3.3 Validatie met bestaande indicaties 22
3.3.1 Selectie cliënten 22
3.3.2 Resultaten statistische analyses inhoud afwegingskader 24
3.3.3 Vaststelling ernstig nadeel en besluitvorming 28
3.3.4 Terugkoppeling CIZ-onderzoekers 30

4. Conclusies en aanbevelingen 32
4.1 Conclusies 32
4.2 Aanbevelingen 33

Bijlage 1. Leden projectorganisatie 36
Bijlage 2. Gebruikelijke zorg 38
Bijlage 3. Permanentieschaal Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) 40

Samenvatting

In het kader van de hervormingen in de langdurige zorg is per 1 januari 2015 de Wet langdurige zorg van kracht. Voor het bepalen van de toegang tot de Wlz is een nieuw afwegingskader nodig, waarmee wordt bepaald of een verzekerde met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap blijvend behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Op basis van de resultaten van een uitgebreide achtergrondstudie hebben we in opdracht van het Zorginstituut en het Centrum Indicatiestelling Zorg een nieuw afwegingskader voor de Wlz ontwikkeld, dat met ingang van 2016 kan worden gehanteerd.

Met het afwegingskader worden de volgende aspecten zorgvuldig vastgesteld:

- de aandoening of handicap,
- de aanwezigheid van uitzonderingssituaties,
- het functioneren van de verzekerde,
- het optreden van ernstig nadeel voor de verzekerde,
- een blijvende behoefte van de verzekerde aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid.

Het afwegingskader is getest tijdens 20 casuïstiekbesprekingen en een validatie met 1.316 dossiers van verzekerden met een AWBZ-indicatie.

Op basis van de bevindingen van casuïstiekbesprekingen en de validatie (data-analyse en opmerkingen van CIZ-onderzoekers) concluderen we dat het met dit afwegingskader goed mogelijk is om een zorgvuldige afweging te maken of er toegang is tot Wlz-zorg, en deze afweging goed te verantwoorden. Voorwaarde hiervoor is wel dat het proces van indicatiestelling zo wordt ingericht dat de inter-beoordelaarbetrouwbaarheid geborgd is, bijvoorbeeld door het inregelen van casuïstiekbesprekingen, intervisie, herbeoordelingen en intercollegiale toetsing/review.

Met dit kader is het mogelijk om de afweging voor toegang tot de Wlz transparant te maken. Dit is van belang voor de motivering van indicatiebesluiten en voor de afhandeling van bezwaar- en beroepsprocedures. Daarnaast levert het afwegings-kader ook relevante informatie op die kan worden gebruikt voor het ontwikkelen van zorgprofielen. In de Wlz is een aantal uitzonderingssituaties opgenomen: verzekerden met een psychische stoornis (GGZ-B) en enkele specifieke groepen verzekerden met een zeer intensieve zorgbehoefte hebben toegang tot de Wlz zonder aan de toegangscriteria te (hoeven) voldoen. Het CIZ toetst slechts of verzekerden tot deze groep behoren, maar past de toegangscriteria van de Wlz verder niet op hen toe.

Op basis van de resultaten met de ontwikkeling van het Wlz-afwegingskader doen we enkele aanbevelingen voor het gericht gebruik van het afwegingskader.

1. Inleiding

Met ingang van 1 januari 2015 heeft de regering het stelsel van de langdurige zorg herzien om de kwaliteit en ondersteuning van zorg te verbeteren, de betrokkenheid van de samenleving te vergroten en toekomstige generaties ook goede langdurige zorg te kunnen garanderen. De AWBZ is daarbij omgevormd tot de Wet langdurige zorg. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) voert de indicatiestelling voor de Wlz uit. Om te komen tot een landelijk uniform afwegingskader heeft Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) met het CIZ aan bureau HHM de opdracht gegeven een afwegingskader voor de Wlz te ontwikkelen, dat met ingang van 2016 kan worden gehanteerd.

1.1 Doelstelling

De ontwikkeling van het Wlz-afwegingskader heeft in twee fasen plaats gevonden met de volgende doelstellingen:

- Fase 1: Het onderzoek moet bouwstenen opleveren waarmee het Wlz-afwegingskader kan worden gemaakt (zoals cliëntkenmerken die een rol spelen bij de zorgbehoefte en beschikbare meetinstrumenten).
- Fase 2: Dit betreft het maken van het afwegingskader zelf: de manier waarop de cliëntkenmerken tegen elkaar worden afgewogen en de normstelling om te beoordelen of een verzekerde toegang heeft tot de Wlz. Het afwegingskader moet hanteerbaar zijn voor het CIZ en het Zorginstituut bij de uitvoering van hun wettelijke taken (respectievelijk indicatiestelling en advisering over geschillen).

1.2 Onderzoeksvragen

Fase 1 geeft antwoord op de volgende vragen:

1. Welke cliëntkenmerken spelen een rol bij de vraag of een verzekerde "een blijvende behoefte heeft aan 24-uurs zorg in de nabijheid of permanent toezicht, ter voorkoming van ernstig nadeel voor de verzekerde"?
2. In welke mate bepalen de verschillende kenmerken naar huidige wetenschappelijke inzichten en naar het oordeel van relevante professionals dat een verzekerde voldoet aan de wettelijke toegangsvoorwaarden, en hoe hangen die kenmerken onderling samen?
3. Hoe zijn die kenmerken naar huidige wetenschappelijke inzichten en naar het oordeel van relevante professionals zo evidence-based mogelijk te meten?

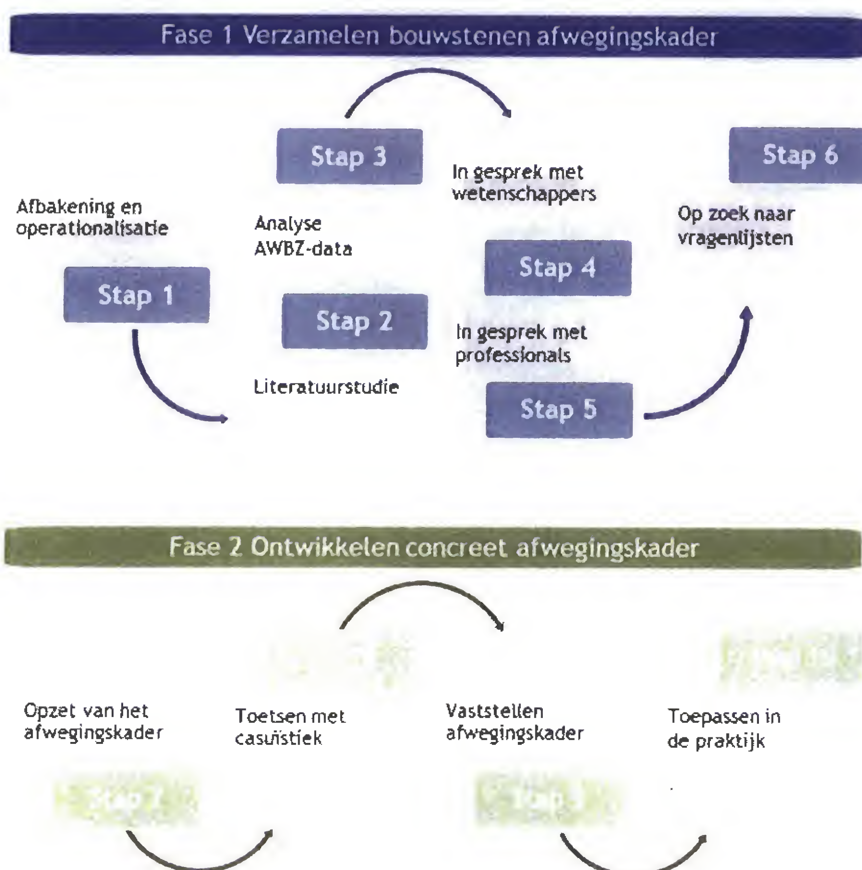
Fase 2 geeft antwoord op de volgende vragen:

4. Hoe moeten de cliëntkenmerken worden gewogen om vast te stellen dat een verzekerde voldoet aan de wettelijke toegangscriteria van de Wlz?
5. Hoe kunnen de cliëntkenmerken en bijbehorende meetinstrumenten toegepast worden in een afwegingskader dat leidt tot een onderbouwde beslissing of de verzekerde aanspraak heeft op zorg en ondersteuning op grond van de Wlz?

Het resultaat van dit onderzoek is tweeledig. Het betreft allereerst inzicht in de relevante kenmerken die een rol spelen in de weging tot het verkrijgen van toegang tot de Wlz. Daarnaast betreft het een concreet afwegingskader voor de Wlz. Dit kader is bruikbaar voor de professionals van het CIZ en het Zorginstituut bij de indicatiestelling en de advisering over geschillen. Tevens heeft het onderzoek informatie opgeleverd die kan worden gebruikt voor het ontwikkelen van de zorgprofielen voor de Wlz en voor een nadere uitwerking van de mogelijkheid om vanwege een psychische stoornis toegang te krijgen tot de Wlz.[1]

1.3 Aanpak

Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van de volgende tien stappen:



Figuur 1. Onderzoeksaanpak

---

[1] Het voorliggende afwegingskader geldt als uitwerking van de nu geldende criteria in de Wlz en is in principe niet bedoeld voor verzekerden met een psychische stoornis. Echter, om een indruk te krijgen van aspecten die relevant zijn voor een eventuele Wlz-toegang van verzekerden met een psychische stoornis is casuïstiek uit de GGZ betrokken in het onderzoek en besproken met partijen in de GGZ. Deze informatie kan worden gebruikt bij een nadere uitwerking van de mogelijkheid om vanwege een psychische stoornis toegang te krijgen tot de Wlz.

De resultaten van fase 1 zijn beschreven in het rapport *Wlz-afwegingskader. Achtergrondstudie naar relevante bouwstenen.* Hierin zijn de resultaten beschreven van een internationale literatuurstudie, interviews met 8 wetenschappers en 76 professionals en een analyse op AWBZ-data van het CIZ (gegevens van circa 38.500 verzekerden met een AWBZ-indicatie waarbij alle vragen uit het B-formulier zijn ingevuld, het zogenaamde Feniks-bestand). Vanuit deze achtergrondstudie hebben we het Wlz-afwegingskader ontwikkeld, dat we in voorliggende rapportage beschrijven.

1.4 Projectstructuur

Het onderzoek is uitgevoerd door onderzoekers van bureau HHM en de Universiteit Twente (UT). De onderzoekers van bureau HHM hebben een bijdrage geleverd aan alle stappen van het onderzoek. De wetenschappelijke kennis van de UT op het gebied van methodologie en instrumentontwikkeling is ingezet tijdens de analyse van AWBZ-data van het CIZ (stap 3), analyse van vragenlijsten (stap 6) en constructie en validatie van het afwegingskader (stap 7 en 9).

Tijdens het onderzoek hebben diverse overleggen plaatsgevonden tussen de onderzoekers en de projectgroep met vertegenwoordigers van het Zorginstituut en CIZ. Tijdens deze bijeenkomsten zijn op constructieve wijze allerlei procesmatige en inhoudelijke onderwerpen besproken. De leden van de projectgroep hebben concrete suggesties en aanbevelingen gedaan voor de onderzoekers en in de projectgroep zijn essentiële keuzes gemaakt voor het ontwikkelen van het afwegingskader. Daarnaast is de stuurgroep met vertegenwoordigers van het Zorginstituut en CIZ tussentijds geïnformeerd over de voortgang. Er hebben drie bijeenkomsten plaatsgevonden waarin alle stakeholders zijn geïnformeerd over het onderzoek, bij aanvang van het traject over het plan van aanpak, na fase 1 over de bouwstenen van het afwegingskader en na fase 2 over het ontwikkelde afwegingskader. Voor dit onderzoek is een Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) samengesteld die drie keer bij elkaar is geweest. De opmerkingen en adviezen van de wetenschappers zijn verwerkt in de ontwikkeling van het Wlz-afwegingskader. Tijdens het traject is VWS op diverse momenten geïnformeerd over de voortgang en inhoudelijke resultaten. De namen van de leden van de projectgroep, stuurgroep, stakeholders en wetenschappers zijn opgenomen in bijlage 1.

1.5 Uitgangspunten

Voor de ontwikkeling van het Wlz-afwegingskader hanteren we de wettekst als uitgangspunt. Volgens artikel 3.2.1 lid 1 van de Wlz heeft een verzekerde recht op zorg die op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden is afgestemd voor zover hij naar aard, inhoud en omvang en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening op die zorg is aangewezen omdat hij vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap blijvend behoefte heeft aan:

a. permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel voor de verzekerde; of

b. 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen,
   1. door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft, of
   2. door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft.

In afwijking van het eerste lid heeft een meerderjarige verzekerde recht op zorg uit de Wlz voor zover hij vanwege een combinatie van een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen:

a. tijdelijk behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid of
b. volgens de behandelaar is aangewezen op het afmaken van een onder de Jeugdwet aangevangen behandeling met verblijf.

Een verzekerde met een psychische stoornis wiens recht op verblijf en de daarbij behorende medisch noodzakelijke geneeskundige zorg op grond van zijn zorgverzekering beëindigd is, omdat de krachtens zijn zorgverzekering geldende maximumduur voor die zorg is bereikt, heeft aansluitend recht op voortzetting van deze zorg in de Wlz gedurende een onafgebroken periode van maximaal drie jaar.

Om duidelijk te maken in welke fase het Wlz-afwegingskader wordt toegepast, is in de volgende figuur schematisch weergegeven welke stappen worden gezet van aanvraag tot levering van Wlz-zorg. Met onderzoeker wordt in dit schema zowel de CIZ-onderzoeker als CIZ-beoordelaar bedoeld (in de rapportage hanteren we 1 term voor deze functionaris, namelijk CIZ-onderzoeker). Het afwegingskader heeft betrekking op de drie omcirkelde stappen.



Figuur 2. Van aanvraag tot levering van Wlz-zorg

Met betrekking tot de uitwerking van het afwegingskader hebben diverse wetenschappers en professionals tijdens de interviews in fase 1 aangegeven dat het van belang is om een goede balans te vinden tussen het doel (een ja/nee beslissing nemen) en de informatie die nodig is om dit doel te bereiken. Dit heeft geleid tot een afwegingskader dat zich richt op de essentiële toegangscriteria van de Wlz en informatie bevat die noodzakelijk is om een beslissing te kunnen nemen over de toegang tot de Wlz en deze beslissing onderbouwt. Om het afwegingskader goed te kunnen toepassen is in veel gevallen persoonlijk contact tussen de CIZ-onderzoeker en de cliënt met zijn cliëntsysteem noodzakelijk, waarbij de CIZ-

onderzoeker ook het klinisch oordeel van de professional betrekt (op basis van dossiers en/of contact).

Het afwegingskader is bedoeld om een totaalbeeld te krijgen van de verzekerde om een goede afweging te maken voor toegang tot de Wlz. Het is niet bedoeld om de concrete zorgbehoefte van een verzekerde vast te stellen met het oog op het formuleren van een zorgplan. De ontwikkeling van nieuwe zorgprofielen valt buiten het doel van voorliggend onderzoek. Dat neemt niet weg dat het CIZ tot taak heeft een zorgprofiel vast te stellen en daarvoor informatie over stoornissen en beperkingen moet verzamelen. De vragen die worden gebruikt voor het vaststellen van de toegang tot de Wlz dienen, indien relevant, ook bruikbaar te zijn voor de vaststelling van het passende zorgprofiel, zodat deze vragen niet twee keer hoeven te worden gesteld.

2. Inhoud afwegingskader

In onderstaand schema hebben we het afwegingskader voor toegang tot de Wlz schematisch weergegeven.



[2]

---

[2] Een psychische stoornis geeft in de huidige formulering van de Wet geen toegang tot deze wet (anders dan na drie jaar geneeskundig verblijf in de Zvw).

Somatische - of psychogeriatrische aandoening of beperking Verstandelijke -, lichamelijke - of zintuiglijke handicap

2.1 Vaststelling aandoening, handicap

Om toegang te kunnen krijgen tot de Wlz is het allereerst van belang dat is vastgesteld dat sprake is van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of een zintuiglijke handicap. De aard van de aandoening, handicap of stoornis dient te worden vastgesteld door een ter zake kundige professional (zie tabel 1). Op basis van deze informatie stelt het CIZ vast dat de verzekerde over een aandoening of handicap beschikt.

Onder een ter zake deskundige wordt verstaan: een professional die, in overeenstemming met de eisen van deskundigheid die de eigen beroepsgroep stelt vanuit de veronderstelde kennis en kunde, bepaalde aandoeningen mag diagnosticeren en die de daarbij behorende stoornissen en beperkingen kan vaststellen. Zonder aanspraak te maken op volledigheid kan de volgende tabel een leidraad zijn voor het type deskundige dat bij de onderscheiden aandoeningen, beperkingen, handicaps en stoornissen betrokken is.

	Huisarts*	Andere specialisten**	GZ-psycholoog	Ortho-pedagoog	Verpleegkundig specialist
Somatische aandoening	X	X			X
Psychogeriatrische Aandoening	X	X	X***		
Psychische stoornis	X	X	X		X
Lichamelijke handicap	X	X			
Verstandelijke handicap	X	X	X	X	
Zintuiglijke handicap	X	X			

Tabel 1. Type deskundige betrokken bij het diagnosticeren van aandoeningen en het vaststellen van stoornissen, beperkingen en handicaps

* De huisarts zal een aantal vermoedelijke diagnoses pas definitief kunnen stellen na onderzoek en/of consultatie van ter zake deskundige (medisch) specialisten.

** Onder een specialist wordt in dit verband de medisch specialist verstaan die staat ingeschreven in het Register van Geneeskundig Specialisten. Dit kan voor de psychische stoornis ook een psychotherapeut zijn en voor een somatische of psychogeriatrische aandoening een Specialist Ouderengeneeskunde (een SO is geen medisch specialist maar generalist met specifieke kennis rondom medisch specialistische ouderenzorg).

*** Omdat bij een vermoeden van dementie andere (somatische) oorzaken uitgesloten moeten worden, zal bij de diagnose dementie conform de NHG-standaard steeds ook een arts betrokken moeten zijn.



2.2 Vaststelling uitzonderingen

Op basis van de situatie bij de inwerkingtreding van de Wlz in 2015, zijn er vier uitzonderingen waarmee rekening moet worden gehouden met het bepalen van de toegang tot de Wlz: intramurale palliatief terminale zorg, intensieve zorg voor kinderen, LVG-cliënten en cliënten met een psychische stoornis waarvan de medisch geneeskundige zorg op basis van de Zvw de driejaarsgrens heeft overschreden. Afhankelijk van eventuele aanpassingen in 2015 kunnen hierin nog veranderingen komen voor 2016.

Bij twee uitzonderingen geldt, dat de verzekerde wellicht wel voldoet aan de criteria van de Wlz, maar toch geen toegang krijgt tot de Wlz.

- Intramurale palliatief terminale zorg valt onder de Subsidieregeling eerstelijns verblijf 2015 als de verzekerde voorafgaand aan de palliatief terminale zorg nog geen Wlz indicatie had. Extramurale palliatief terminale zorg valt onder de Zvw als de verzekerde voorafgaand aan de palliatief terminale zorg nog geen Wlz indicatie had. Binnen het wettelijk domein van de Wlz is palliatief terminale zorg wel beschikbaar voor cliënten die, vóórdat zij in de palliatief terminale fase geraakten, al een Wlz-indicatie hadden.
- Intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening (de zogenoemde intensieve kindzorg zoals die tot 1 januari 2015 ten laste van de AWBZ kwam) valt onder de Zvw. Bij intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening zoals tot 1 januari 2015 ten laste van de AWBZ werd verleend, gaat het om de volgende twee situaties:
  - Kinderen met zwaar complexe somatische problematiek of een lichamelijke handicap, die als gevolg van deze problematiek een behoefte hebben aan verzorging of verpleging en waarbij permanent toezicht noodzakelijk is. Onder permanent toezicht wordt verstaan dat onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende de gehele dag nodig is met betrekking tot fysieke functies, zodat tijdig ingrijpen mogelijk is. Doordat het kind zorg nodig heeft op zowel te plannen dagen en tijdstippen als op ongeplande tijden, vaak ook in de nachtelijke uren, volstaat toezicht op afstand of een meer passieve observatie niet. Bij de kinderen die een behoefte aan permanent toezicht hebben, kan elk moment iets ernstig mis gaan.
  - Het kan ook gaan om kinderen met lichtere complexe problematiek of een lichamelijke handicap, waarbij een of meer specifieke verpleegkundige handelingen nodig zijn en waarbij zorg voortdurend in de nabijheid nodig is. Bij deze kinderen moet de zorg weliswaar gedurende de gehele dag in de nabijheid beschikbaar zijn, maar daarbij is geen permanente actieve observatie nodig. Het gaat dus om een vorm van beschikbaarheid van zorg die voor een groot deel bestaat uit meer passief toezicht. De zorg is echter wel nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten. Bij de specifieke verpleegkundig handelingen, gaat het om handelingen als het toedienen van zuurstof, aan- en afkoppelen beademingsapparatuur, toediening van intraveneuze medicatie toediening of parenterale voeding, verwisselen van canules en openhouden en doorspoelen van katheters en dergelijke.

  Kinderen waarbij zich op zeer jonge leeftijd naast de complexe somatische problematiek of lichamelijk handicap ook een verstandelijke handicap

manifesteert, kunnen tot hun vijfde levensjaar behoren tot de doelgroep voor de intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening. Tot hun vijfde levensjaar ligt het accent veelal op de medische zorg en valt deze zorg daarom onder de intensieve zorg voor kinderen met een somatische aandoening. Gaandeweg verschuift het aangrijpingspunt van de medische zorg naar de gehandicaptenzorg en kan duidelijk worden dat deze kinderen vanwege hun ernstige verstandelijke handicap levenslang en levensbreed zorg nodig hebben. Als deze kinderen voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz, vallen zij onder de Wlz en krijgen zij de zorg op grond van de Wlz.

Bij twee andere uitzonderingen geldt, dat de verzekerde wellicht niet voldoet aan de criteria van de Wlz, maar toch toegang krijgt tot de Wlz.

- Een meerderjarige verzekerde krijgt toegang tot de Wlz voor zover hij vanwege een combinatie van een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen tijdelijk behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid of als deze verzekerde volgens zijn behandelaar is aangewezen op het afmaken van een onder de Jeugdwet aangevangen behandeling met verblijf. Het gaat hierbij om integrale multidisciplinaire behandeling in een behandelinstelling voor Licht Verstandelijk Gehandicapten of Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapten, voor maximaal drie jaar.
- Een verzekerde met een psychische stoornis wiens recht op verblijf en de daarbij behorende medisch noodzakelijke geneeskundige zorg op grond van zijn zorgverzekering beëindigd is, omdat de krachtens zijn zorgverzekering geldende maximumduur voor die zorg is bereikt, heeft aansluitend recht op voortzetting van deze zorg vanuit de Wlz gedurende een onafgebroken periode van maximaal drie jaar. Als tijdens deze periode van drie jaar de zorgbehoefte zodanig wijzigt dat het geïndiceerde zorgprofiel niet meer passend is, stelt het CIZ op basis van de actuele zorgbehoefte van de verzekerde het best passend zorgprofiel vast.

2.3 Vaststelling functioneren

Inzicht in:
- Fysiek functioneren
- Oriëntatie
- ADL-vaardigheden
- Gedragsmatig functioneren
- Psychisch functioneren
- Cognitief functioneren

In de Wmo 2015 en Zvw staat centraal dat wordt uitgegaan van wat iemand nog wel kan. Uitgaan van mogelijkheden en niet van beperkingen. In de interviews met professionals en wetenschappers hebben we besproken of dit ook het uitgangspunt kan zijn bij het bepalen van de toegang tot de Wlz. Conclusie is dat voor het vaststellen van een behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, het noodzakelijk is om te inventariseren wat de onmogelijkheden (stoornissen en beperkingen) van verzekerden zijn. Als wordt vastgesteld dat de verzekerde toegang heeft tot de Wlz, dient de professional vervolgens op basis van de mogelijkheden van verzekerden vast te stellen welke ondersteuning is gewenst en een passend zorgplan op te stellen.

Om te bepalen welke gegevens over het functioneren van de verzekerde relevant zijn voor de toegang tot de Wlz hebben we allereerst gekeken naar de formuleringen in de Wlz en Memorie van toelichting. Daarnaast hebben we de resultaten gebruikt van een internationale literatuurstudie, analyse op AWBZ-data van het CIZ en interviews met professionals en wetenschappers (voor de

resultaten van deze gegevensverzameling verwijzen we naar de rapportage *Afwegingskader Wlz. Achtergrondstudie naar relevante bouwstenen*).

Uitgaande van de stoornissen en beperkingen uit het CIZ-onderzoeksformulier hebben we geïnventariseerd:

- Welke stoornissen en beperkingen passen bij de wettekst (in de Wet staan weinig concrete stoornissen en beperkingen, maar (globale) omschrijvingen die wel kunnen worden vertaald naar concrete stoornissen en beperkingen),
- Wat de voorspellende waarde van stoornissen en beperkingen is, zoals die uit de AWBZ-data-analyse naar voren zijn gekomen,
- Welke stoornissen en beperkingen door de professionals en wetenschappers zijn aangedragen,
- Welke stoornissen en beperkingen overeenkomen met de aspecten uit het Zorgzwaarte-instrument van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) die een voorspellende waarde hebben voor de mate van permanentie (relevantie voor P-inschaling),
- Welke stoornissen en beperkingen in het Onderzoeksinstrument Zorgbehoefte 2012 van het CIZ voorkomen.

Dit heeft geleid tot onderstaande functiegerichte vragen waarin de aanpassingen zijn verwerkt die zijn voortgekomen uit de casuïstiekbespreking (zie paragraaf 3.2). Om met deze vragen het functioneren van de verzekerde in beeld te kunnen brengen, verzamelt de CIZ-onderzoeker[3] gegevens bij de verzekerde, de omgeving van de verzekerde (mantelzorger) en de professional. Het betreft informatie over de diagnose(n) en grondslaggegevens, de ziektebiografie, ziekteverloop, bij-komende problematiek, scores op zelfredzaamheidsindexen en verwijsbrieven van huisarts of specialist. De vragen in het afwegingskader zijn allemaal op eenzelfde manier gesteld, zodat op diverse domeinen op uniforme wijze inzicht wordt gekregen in het functioneren van de cliënt. Elke vraag begint met 'in hoeverre' omdat we met de vragenlijst ook zicht willen krijgen op de mate en ernst van de beperkingen of problemen (en niet alleen willen weten of sprake is van een stoornis of beperking). Hiermee voorkomen we dat later in het proces (bij het vaststellen van een zorgprofiel) dezelfde vragen nog eens moeten worden gesteld.

Vaststelling functioneren

Cognitief functioneren

1. In hoeverre is de verzekerde gemotiveerd om iets te ondernemen?
2. In hoeverre heeft de verzekerde ziekte-inzicht?
3. In hoeverre is de verzekerde in staat om zijn eigen vaardigheden goed in te schatten?
4. In hoeverre reageert de verzekerde adequaat op onverwachte situaties, door cognitieve en/of psychische stoornissen?
5. In hoeverre is de verzekerde in staat tot het oplossen van problemen, het nemen van besluiten en het inschatten van de gevolgen daarvan?
6. In hoeverre is de verzekerde in staat tot het initiëren van complexe taken?

[3] In deze rapportage hanteren we de term CIZ-onderzoeker voor zowel de CIZ-onderzoeker als de CIZ-beoordelaar.

Vaststelling functioneren

7. In hoeverre is de verzekerde in staat om de dagelijkse routine te regelen zoals structuur aanbrengen in de dagindeling?
8. In hoeverre is de verzekerde in staat de dagelijkse organisatie van het huishouden te regelen?
9. In hoeverre is de verzekerde in staat tot regievoering over medische of verpleegkundige activiteiten?
10. In hoeverre is de verzekerde in staat tot het uitvoeren van dagelijkse bezigheden?
11. In hoeverre is de verzekerde in staat tot lezen, schrijven en rekenen?
12. In hoeverre is de verzekerde in staat om gebruik te maken van het openbaar vervoer?
13. In hoeverre is de verzekerde in staat zich te redden in winkels en openbare voorzieningen?
14. In hoeverre is de verzekerde in staat te begrijpen wat anderen zeggen?
15. In hoeverre is de verzekerde in staat zich begrijpelijk te maken naar anderen?
16. In hoeverre is de verzekerde in staat een gesprek te voeren?
17. In hoeverre is de verzekerde in staat tot het onderhouden van contacten met anderen (o.a. familie en vrienden)?
18. In hoeverre is de verzekerde in staat tot het opvoeden van een kind (het ontwikkelen van vaardigheden)?

Fysiek functioneren

19. In hoeverre is de verzekerde in staat om het rechter- en/of linkerbeen te gebruiken?
20. In hoeverre is de verzekerde in staat van lichaamspositie te veranderen zoals opstaan uit een stoel of bed?
21. In hoeverre is de verzekerde in staat de lichaamspositie te handhaven zoals rechtop blijven staan en in de stoel blijven zitten?
22. In hoeverre is de verzekerde in staat zich binnenshuis voort te bewegen zonder hulpmiddel?
23. In hoeverre is de verzekerde in staat zich binnenshuis te verplaatsen met gebruik van hulpmiddelen zoals een rollator, rolstoel of traplift?
24. In hoeverre is de verzekerde in staat de trap op en af te gaan zonder hulpmiddel?
25. In hoeverre is de verzekerde in staat zich over een afstand van meer dan 1 kilometer buitenshuis te verplaatsen zonder hulpmiddel?
26. In hoeverre is de verzekerde in staat zich buitenshuis te verplaatsen met gebruik van hulpmiddelen zoals een rollator of rolstoel?

ADL-vaardigheden (cognitief en fysiek)[4]

27. In hoeverre is de verzekerde in staat zich aan- en uit te kleden?
28. In hoeverre is de verzekerde in staat naar het toilet te gaan en zichzelf te reinigen?
29. In hoeverre is de verzekerde in staat tanden, haren, nagels en huid te verzorgen?
30. In hoeverre is de verzekerde in staat een brood maaltijd te bereiden?
31. In hoeverre is de verzekerde in staat huishoudelijke apparaten te gebruiken zoals wasmachine, stofzuiger of strijkijzer?

Oriëntatie (cognitief en fysiek)[5]

32. In hoeverre is de verzekerde in staat om zich te oriënteren in tijd?
33. In hoeverre is de verzekerde in staat om zich te oriënteren in plaats/ruimte?

---

[4] De score wordt verricht vanuit cognitieve stoornissen (bijvoorbeeld als gevolg van dementie) en/of fysieke stoornissen (bijvoorbeeld als gevolg van een somatische aandoening)

[5] De score wordt verricht vanuit cognitieve stoornissen (bijvoorbeeld als gevolg van dementie) en/of fysieke stoornissen (bijvoorbeeld als gevolg van een zintuiglijke handicap)

Vaststelling functioneren
34. In hoeverre is de verzekerde in staat om zich te oriënteren in persoon?
35. In hoeverre heeft de verzekerde problemen met het geheugen of denken?

Gedragsmatig functioneren

36. In hoeverre vertoont de verzekerde zelfverwondend of zelfbeschadigend gedrag?
37. In hoeverre vertoont de verzekerde verbaal agressief gedrag?
38. In hoeverre vertoont de verzekerde lichamelijk agressief gedrag?
39. In hoeverre vertoont de verzekerde destructief gedrag?
40. In hoeverre vertoont de verzekerde verslavingsproblemen?
41. In hoeverre vertoont de verzekerde manipulatief gedrag?
42. In hoeverre vertoont de verzekerde dwangmatig gedrag?
43. In hoeverre vertoont de verzekerde grensoverschrijdend seksueel gedrag?

Psychisch functioneren

44. In hoeverre voelt de verzekerde zich angstig?
45. In hoeverre heeft de verzekerde last van psychische problemen, zoals hallucinaties, wanen, irreële angsten, hechtingsproblemen, depressie, achterdocht, decorumverlies?
46. In hoeverre heeft de verzekerde last van stemmingswisselingen zonder zichtbare aanleiding?

Score	Antwoordcategorieën[6]
0	"Geen probleem/kan deze activiteit zelf/er is geen hulp van een ander nodig" Deze score wordt geregistreerd als de verzekerde geen probleem heeft of geen beperking ten aanzien van de betreffende activiteit (0% overname; 0% begeleiding).
1	"Wel een probleem/kan deze activiteit zelf/een ander moet toezien of stimuleren" Deze score wordt geregistreerd als de verzekerde een andere persoon nodig heeft, die hem ondersteunt, begeleidt, stimuleert en instrueert om met het probleem om te gaan of de betreffende activiteit zoveel mogelijk zelf uit te voeren en die erop toeziet dat het daadwerkelijk gebeurt (0% overname; 1-100% begeleiding).
2	"Wel een probleem/kan deze activiteit slechts met veel moeite/een ander moet helpen" Deze score wordt geregistreerd als de verzekerde de activiteit gedeeltelijk en/of slechts met veel moeite zelf kan uitvoeren of met veel moeite met het probleem weet om te gaan. Een andere persoon moet de activiteit gedeeltelijk overnemen of helpen bij het oplossen van het probleem, waarbij de resterende zelfredzaamheid van de verzekerde wordt gerespecteerd en/of zoveel mogelijk wordt bevorderd (1-99% overname; 0-99% begeleiding).
3	"Wel een probleem/kan deze activiteit niet zelfstandig/een ander moet dit overnemen"

[6] Afhankelijk van de vraag is de antwoordcategorie aangepast. Ter illustratie: op de vraag 'in hoeverre is de verzekerde in staat tot het initiëren van complexe taken' is antwoordscore 1 'wel een probleem, kan deze activiteit zelf, een ander moet toezien of stimuleren'; op de vraag 'in hoeverre vertoont de verzekerde verbaal agressief gedrag' is antwoordscore 1 'wel een probleem, een andere persoon instrueert om met het probleem om te gaan'.

Score	Antwoordcategorieën*
	Deze score wordt geregistreerd als de verzekerde de activiteit in het geheel niet zelf kan uitvoeren of geheel niet met het probleem kan omgaan. Een andere persoon moet de activiteit geheel overnemen of het probleem geheel oplossen (100% overname; 0% begeleiding).
9	"niet beoordeeld/niet van toepassing"

Op basis van de antwoorden op deze vragen krijgt de CIZ-onderzoeker een goede indruk van de stoornissen en beperkingen in het functioneren van de verzekerde.

2.4 Vaststelling ernstig nadeel

Inzicht in gevaren en risico's op:
- maatschappelijk te gronde richten
- ernstige mate van verwaarlozing
- ernstig lichamelijk letsel
- ernstige schade in ontwikkeling

Uit de analyse van de CIZ-data en interviews met professionals en wetenschappers kwam duidelijk naar voren dat bij verzekerden vanwege verschillende combinaties van stoornissen en beperkingen ernstig nadeel kan optreden. Er is niet een 1-op-1 relatie te leggen tussen stoornissen/beperkingen en toezicht/nabijheid. De stoornissen en beperkingen moeten zorgvuldig worden beoordeeld om te kunnen bepalen of ernstig nadeel kan optreden en iemand blijvend behoefte heeft aan toezicht/nabijheid. Door professionals en wetenschappers is aangegeven, dat het hierbij van belang is om te weten of er risico op gevaar is, het gevaar kan inschatten en de verzekerde in staat is om hulp in te roepen. Vanuit het risico op gevaar dient te worden bepaald of ernstig nadeel ontstaat. Dit betekent dat de CIZ-onderzoeker op basis van de gesignaleerde stoornissen en beperkingen de volgende vragen met ja, nee of niet van toepassing beantwoordt. Tijdens de casuïstiekbespreking is aangegeven, dat het niet wenselijk is om een nuancering in de antwoordcategorieën aan te brengen. Dit heeft geen toegevoegde waarde voor het verkrijgen van een onderbouwd beeld van het ernstig nadeel.

Vaststelling ernstig nadeel

1. Kunnen er gevaren optreden als gevolg van de beperkingen? Denk aan: vallen, stikken, (ver)dwalen, misbruik (lichamelijk/financieel), onder invloed van anderen komen (loverboys), verslaving, zelfdestructie, verwaarlozing, lichamelijk letsel.
2. Zijn de gevaren blijvend? Er zijn geen veranderingen meer mogelijk in de persoon of met hulpmiddelen (actief door maatregelen/behandeling/hulpmiddelen of passief doordat de gevaren spontaan/vanzelf verdwijnen).
3. Is de verzekerde in staat om dreigend gevaar goed in te schatten?
4. Is de verzekerde in staat om bij dreigend gevaar adequate hulp in te roepen?
5. Is er door de stoornissen en beperkingen een hoog risico dat de verzekerde zich maatschappelijk te gronde richt?
6. Is er door de stoornissen en beperkingen een hoog risico dat de verzekerde zichzelf in ernstige mate verwaarloost?
7. Is er door de stoornissen en beperkingen een hoog risico dat de verzekerde ernstig lichamelijk letsel oploopt?
8. Is er door de stoornissen en beperkingen een hoog risico dat de verzekerde ernstig in zijn ontwikkeling wordt geschaad of zijn veiligheid ernstig wordt bedreigd, al dan niet doordat hij onder de invloed van een ander raakt?
9. Worden de risico's weggenomen door de inzet van gebruikelijke zorg?[7]

[7] in bijlage 2 is voor verschillende leeftijdscategorieën beschreven wat we verstaan onder gebruikelijke zorg voor verzekerden < 18 jaar. Voor verzekerden > 18 jaar is gebruikelijke zorg niet van toepassing.

Bij de beantwoording van deze vragen hanteren we de volgende omschrijvingen:

Hoog risico	Op basis van concrete aanwijzingen is het zeer aannemelijk dat het risico bestaat.
Ernstig	Er bestaat een direct gevaar voor de eigen gezondheid.
Zich maatschappelijk te gronde richten	Hierbij gaat het meestal om een combinatie van sociale en materiële ondergang en het betreft de woon en sociale omgeving. Voorbeelden zijn: • Gedrag waaraan mensen aanstoot nemen en/of dat agressie oproept zoals woonoverlast, vervuiling, ruzie maken en verloederen, zwerven, dag- en nachtritme omdraaien met lawaai en herrie 's nachts en verzamelwoede. • Decorumverlies zoals bloot buiten lopen en masturberen in openbare ruimte. • Gebrek aan inzicht in financiële situatie. • Criminaliteit. • Verslavingsproblematiek.
Zichzelf verwaarlozen	Hierbij gaat het om een toestand waarbij iemand niet in staat is in zijn primaire levensbehoeften (zoals zich verzorgen, kleden, eten en drinken, veiligheid) te voorzien en daardoor (dreigt) ten onder te gaan of zijn of haar gezondheid ernstig te schaden. Bijvoorbeeld: • In een eigen wereld zitten/de hele dag niets doen/wegglijden in apathie, vanwege mentale maar ook fysieke problemen. • Onvoldoende voor zichzelf zorgen door gebrek aan inzicht of energie (ernstige chronische vermoeidheid, geen inspanningstolerantie, kwetsbare mensen door ouderdom of een verstandelijke beperking). • Gezondheidsverlies door risico op complicaties (zoals infecties) of verpleeg-problemen (zoals decubitus).
Ernstig lichamelijk letsel	Hierbij gaat het om actief of passief een lichamelijke beschadiging toevoegen met als gevolg (ernstige) beperkingen in het normale functioneren van alledag en uitoefening van normale bezigheid. Bijvoorbeeld: • Automutilatie/zelfverwonding. • Gevaarlijke dingen doen omdat iemand geen inzicht in gevaren heeft (gas aanlaten, ramen/deuren open laten, gaan staan/lopen/traplopen als het niet kan/mag, 's nachts zonder jas dwalen, brandende sigaretten vergeten). • Uitdroging/ondervoeding bij iemand die al zorg ontvangt, of juist teveel drinkt of overeet. • Uitputting door continue lichamelijke activiteit of zelfverwondend gedrag
Ernstige schade in ontwikkeling of bedreiging van de veiligheid	Hierbij gaat het om het tot stilstand brengen, of achteruitgang veroorzaken van de normale fysieke, cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling van mensen. Het betreft situaties waarin mensen vanwege bijvoorbeeld verstandelijke beperkingen of gebrek aan impulscontrole kwetsbaar zijn voor misbruik op o.a. seksueel, financieel, emotioneel en crimineel gebied waardoor hun veiligheid in het geding komt. Bijvoorbeeld: • Voor karretjes worden gespannen voor misdaden. • Loverboys/pooierboys circuit. • Financiële uitbuiting.

Blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid

2.5 Besluitvorming

Op basis van een zorgvuldige afweging van voorgaande gegevens beslist de CIZ-onderzoeker of blijvend behoefte is aan toezicht of nabijheid. Indien minimaal 1 van onderstaande vragen met ja wordt beantwoord krijgt de verzekerde toegang tot de Wlz.

Besluitvorming

1. Heeft de verzekerde blijvend behoefte aan permanent toezicht: onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal, waardoor tijdig kan worden ingegrepen?
2. Heeft de verzekerde blijvend behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig heeft?
3. Heeft de verzekerde blijvend behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat hij zelf niet in staat is om op relevante momenten hulp in te roepen en hij door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig heeft?

Bij het beantwoorden van deze vragen hanteren we de volgende omschrijvingen:

Permanent toezicht

Onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal, waardoor tijdig kan worden ingegrepen. Het gaat om toezicht dat geboden moet worden op basis van actieve observatie die als doel heeft dreigende ontsporing in het gedrag of de gezondheidssituatie van de verzekerde vroegtijdig te signaleren, waardoor altijd tijdig ingegrepen kan worden en escalatie van onveilige, gevaarlijke, (levens)bedreigende gezondheids- en/of gedragssituaties voor de verzekerde kan worden voorkomen. Bij verzekerden die een behoefte hebben aan permanent toezicht kan elk moment iets (ernstig) mis gaan.

24 uur per dag zorg in de nabijheid

Zorg en toezicht dat 24 uur per dag in de nabijheid nodig is. Er is geen noodzaak tot permanente actieve observatie. Het betreft een vorm van beschikbaarheid van zorg die hoofdzakelijk bestaat uit passief toezicht. Het toezicht is nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten, waarbij de zorgverlener het initiatief moet nemen. Hiervoor is nodig dat de zorgverlener meerdere malen per dag poolshoogte gaat nemen en zo nodig ingrijpt, om ernstig nadeel voor de verzekerde te voorkomen.

Blijvend

Voor toegang tot de Wlz moet sprake zijn van een blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid. Vaak is niet met 100% zekerheid vast te stellen of de verzekerde voor altijd behoefte zal hebben aan toezicht of nabijheid. Daarnaast staat in artikel 3.2.4. van de Wlz dat het CIZ een indicatiebesluit kan herzien of intrekken als de verzekerde niet langer op de geïndiceerde zorg is aangewezen. In de praktijk beoordelen CIZ-onderzoekers daarom de term blijvend als: 'van niet voorbijgaande aard binnen afzienbare tijd'. Voor verzekerden onder de 18 jaar wordt meegewogen dat ook bij kinderen met een beperking nog (enige) ontwikkeling mogelijk is.

Relevante momenten	Om vast te stellen of de verzekerde behoefte heeft aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid is het van belang om te weten of de verzekerde op relevante momenten hulp kan roepen. Wij interpreteren 'op relevante momenten' als 'tijdig zodat gevaar kan worden voorkomen of afgewend'.
Voortdurend	Er doen zich dagelijks ongeplande zorgmomenten voor, waarbij de zorgverlener het initiatief moet nemen om op deze momenten zorg te verlenen. Hiervoor is het nodig dat de zorgverlener meerdere malen per dag poolshoogte gaat nemen en zo nodig ingrijpt om ernstig nadeel voor de verzekerde te voorkomen.
Zware regieproblemen	De verzekerde heeft zodanige beperkingen in het vermogen om een adequaat oordeel te vormen over dagelijks voorkomende situaties, dat voortdurend begeleiding of overname van taken nodig is om ernstig nadeel voor hemzelf te voorkomen. Het gaat hierbij om problemen op het gebied van sociale redzaamheid, zorg voor de eigen gezondheid, probleemgedrag, psychisch functioneren of geheugen en oriëntatie.

3. Validatie afwegingskader

3.1 Validiteit

Wellicht de belangrijkste vraag voor het afwegingskader zoals hier ontwikkeld: Werkt het? Wordt met behulp van dit kader inderdaad een juist onderscheid gemaakt tussen personen die wel en personen die niet onder de Wet Langdurige Zorg vallen? Dit is de kernvraag wat betreft de validiteit van het afwegingskader.

Wat betreft de beoordeling van hoe goed het afwegingskader werkt, zijn er twee belangrijke problemen. Allereerst is er het gebrek aan een gouden standaard. Immers, de Wet langdurige zorg zoals onlangs door het parlement aangenomen is uniek in de wereld en in de geschiedenis, zodat er geen methode voor handen is waar het afwegingskader mee vergeleken kan worden. Ten tweede kan alleen de praktijk uitwijzen of het afwegingskader leidt tot juiste beslissingen. Veel van de kwaliteit van het kader hangt af van de praktische uitvoering van het kader, de interne kwaliteitscontrole (bijvoorbeeld door intervisie) en tevens van jurisprudentie naar aanleiding van bezwaarprocedures.

Wel kan er al bewijs geleverd worden die de validiteit van het afwegingskader ondersteunen. We bespreken hier achtereenvolgens de inhoudsvaliditeit, de constructvaliditeit, en de criteriumvaliditeit.

Inhoudsvaliditeit

De inhoudsvaliditeit is geborgd door de literatuurstudie, de uitgebreide interviews met wetenschappers en zorgprofessionals, gesprekken met en stukken van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH), een data-analyse van CIZ gegevens en uiteraard de wettekst zelf. Deze informatie vormde de basis voor de eerste versie van het afwegingskader. Door deze brede basis is verzekerd dat alle aspecten die van belang zijn voor het beoordelen of iemand wel of niet onder de in de wet genoemde definitie valt. De wettekst werkte hier primair, maar aspecten die door andere bronnen werden genoemd als relevant voor deze wet zijn aan het kader toegevoegd.

De inhoudsvaliditeit van het uiteindelijke afwegingskader is verder ondersteund door terugkoppelingen van CIZ-onderzoekers en artsen tijdens de casuïstieksessies en van CIZ-onderzoekers tijdens de validatiefase in januari 2015. Daarnaast zijn naar aanleiding van bijeenkomsten met de projectgroep, de stakeholders en de Wetenschappelijke adviesraad van het Zorginstituut kritiekpunten en ideeën verwerkt.

Constructvaliditeit

De correlatiestructuur van de verschillende beperkingen die worden uitgevraagd in het afwegingskader is bestudeerd middels factoranalyse. Uit de analyse in de eerste fase van dit onderzoek kwam een structuur naar voren die aangeeft dat er zes aspecten worden uitgevraagd bij verzekerden, te weten Cognitief functioneren, Fysiek functioneren, ADL-vaardigheden, Oriëntatie, Gedragsmatige functioneren en Psychisch functioneren. Belangrijk om te vermelden is dat deze zes aspecten ook spontaan genoemd werden door de wetenschappers en de zorgprofessionals.

Criteriumvaliditeit
Door het ontbreken van een gouden standaard is criteriumvaliditeit de lastigste vorm van validiteit om hard te maken. Intervisie en jurisprudentie moeten de komende tijd uitwijzen in hoeverre het afwegingskader inderdaad leidt tot een correcte toegang tot de Wlz. Om toch een indruk te krijgen van de correctheid van de beslissingen hebben we de Permanentie-schaal (P-schaal) van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, VAPH (zie bijlage 3) als criterium gehanteerd. Deze schaal wordt in België gebruikt bij de ontwikkeling van een instrument om cliënten op basis van hun kenmerken in te schalen op een niveau van toezicht/nabijheid.

Tijdens de casuïstieksessies (zie paragraaf 3.2) is getest of het mogelijk was om cliëntsituaties te beoordelen met de P-schaal. Hieruit kwam naar voren, dat het goed mogelijk is om hiermee cliëntsituaties te scoren. Tevens werd duidelijk dat het onderscheid tussen wel/niet Wlz ergens in de buurt van score 4 en 5 ligt:

4. *Moet er tijdens grote delen van de dag iemand in de buurt aanwezig zijn, maar kan de verzekerde overdag alleen zijn voor periodes van minder dan 4 uur (waarbinnen de verzekerde uiteraard altijd iemand kan opbellen als het nodig is)?*
5. *Moet er altijd, de hele dag, iemand in de buurt aanwezig zijn, niet vlak naast de verzekerde, maar iemand die onmiddellijk kan helpen als de verzekerde iets nodig heeft of als er iets gebeurt (want de verzekerde kan zich niet behelpen en zelf geen noodhulp inroepen)?*

In tabel 2 is de Wlz-toegang afgezet tegen de score op de Permanentieschaal, zoals vastgesteld in de casuïstieksessies.

Wlz-besluit met afwegingskader	P-score =< 4	P-score > 4
Geen Wlz	6	1
Wel Wlz	3	10

Tabel 2. Overeenkomst Wlz-besluit met P-score (VAPH), N=20

Uit tabel 2 blijkt, dat bij 6 casussen die geen toegang kregen tot de Wlz een Permanentie score van 4 of lager opleverde. Bij 10 casussen kwam het besluit tot Wlz-toegang overeen met een Permanentie score hoger dan 4. Doordat bij de omschrijvingen van 'P-score 4' tussen haakjes staat, *dat de verzekerde uiteraard altijd iemand kan opbellen als dat nodig is,* is dit in 3 situaties geïnterpreteerd als 24 uur zorg in de nabijheid. Hiermee lijkt het onderscheid wel/niet Wlz ergens binnen de P-score 4 te liggen. Hoewel de P-score enige subjectiviteit kent, niet specifiek vraagt naar de *blijvende* behoefte van toezicht/nabijheid en omdat niets anders beschikbaar is, hebben we bij de validatie van het afwegingskader (zie paragraaf 3.3) de Permanentieschaal als criterium gebruikt.

3.2 Casuïstiekbespreking

In zes werksessies van een dag per doelgroep (som, pg, vg, lg, zg en psy) zijn 20 cliëntcasussen beoordeeld met het afwegingskader. Hierbij waren onderzoekers en kwaliteitsmedewerkers van het CIZ aanwezig en artsen van het Zorginstituut

die betrokken zijn bij indicatiegeschillen. Het CIZ en het Zorginstituut hebben per grondslag casuïstiek verzameld over verzekerden met verschillende indicaties (ZZP's en AWBZ-functies). Met name de casuïstiek die op de grens wel/niet Wlz lag, bleek erg bruikbaar om het afwegingskader te toetsen. Gedurende de werksessies hebben we het afwegingskader op basis van de cliëntcasuïstiek verfijnd tot het afwegingskader dat in deze rapportage is weergegeven. De formulering van enkele vragen is aangepast en vragen die leidden tot wisselende interpretaties zijn verwijderd.

Belangrijkste uitkomst uit de casuïstiekbespreking is dat volgens de deelnemers het goed mogelijk is om met het afwegingskader een juiste toeleiding tot de Wlz te bepalen. Door een duidelijk onderscheid te maken tussen vaststelling functioneren, vaststelling ernstig nadeel en besluitvorming is men in staat om een zorgvuldige en onderbouwde afweging te maken. Door de beperkingen te scoren geeft men aan een goed beeld te krijgen van het functioneren van de verzekerde. Dit beeld is noodzakelijk om een oordeel te kunnen vellen over het risico op gevaar. Tijdens de casuïstiekbespreking is ook geprobeerd om eerst de risico's op gevaar te bepalen en dat risico te onderbouwen met scores op beperkingen. De deelnemers van de casuïstiekbespreking gaven aan dat ze dat geen logische werkwijze vinden. Daarnaast blijken de vragen bij de beoordeling van het risico op gevaar beslissend te zijn. Dit zijn vragen die in de huidige praktijk impliciet ook een rol spelen bij de indicatiestelling. Het feit dat deze vragen nu expliciet moeten worden beantwoord zorgt voor een zorgvuldige en onderbouwde afweging.

3.3 Validatie met bestaande indicaties

Om het gebruik en de werking van het afwegingskader nader te valideren, hebben we het toegepast op een steekproef van 1.316 personen met een AWBZ-indicatie (waaronder 49 verzekerden < 18 jaar).

3.3.1 Selectie cliënten

Bij de selectie van cliënten is rekening gehouden met een spreiding van verzekerden over de grondslagen, hoge ZZP's, lage ZZP's en extramurale indicaties. In tabel 3a en 3b is aangegeven tot welke aantallen dit heeft geleid.

In de tabellen is een onderscheid gemaakt tussen de verzekerden waarvan de dossiers door 1 CIZ-onderzoeker zijn beoordeeld en de dossiers die door 2 of meer CIZ-onderzoekers zijn beoordeeld. Door dezelfde dossiers door meerdere onderzoekers te laten beoordelen is het mogelijk de inter-beoordelaarbetrouwbaarheid te bepalen: Hoe vaak komen twee verschillende CIZ-onderzoekers tot hetzelfde oordeel. Met een ' - ' is in de tabel aangegeven dat een ZZP niet bestaat (zoals LG ZZP 8). Als een ZZP niet voorkomt in de validatiesteekproef is een ' 0 ' geplaatst.

Indicatie	VV-som	VV-pg	VG	LG	ZG-aud	ZG-vis	GGZ-b*	GGZ-c*
Extramuraal	65	67	30	46	73		56	
ZZP-1	14	0	0	11	0	3	1	8
ZZP-2	20	4	24	20	5	9	0	8
ZZP-3	63	0	16	15	12	7	29	25
ZZP-4	55	57	13	32	4	3	16	14
ZZP-5	-	55	9	9	-	11	16	12
ZZP-6	37	1	20	34	-	-	8	3
ZZP-7	5	26	18	16	-	-	17	-
ZZP-8	9	0	9	-	-	-	-	-
ZZP-9b	29	8	-	-	-	-	-	-
Totaal	297	218	139	183	57	70	115	98

Tabel 3a. Verdeling verzekerden met 1 beoordeling (N=1.177) verdeeld naar extramurale indicaties en ZZP's

Indicatie	VV-som	VV-pg	VG	LG	ZG-aud	ZG-vis	GGZ-b*	GGZ-c*
Extramuraal	4	2	5	11	5		9	
ZZP-1	3	0	0	1	0	0	0	0
ZZP-2	4	2	0	1	0	1	0	1
ZZP-3	12	0	9	3	0	0	0	5
ZZP-4	10	5	4	2	0	0	0	1
ZZP-5	-	12	3	0	-	0	0	2
ZZP-6	2	-	1	1	-	-	0	0
ZZP-7	2	2	2	1	-	-	1	-
ZZP-8	0	0	5	-	-	-	-	-
ZZP-9b	2	3	-	-	-	-	-	-
Totaal	39	26	29	20	2	4	6	13

Tabel 3b. Verdeling verzekerden met meer beoordelingen (N=139) verdeeld naar extramurale indicaties en ZZP's

In totaal hebben 25 onderzoekers een overzicht van circa 60 verzekerden gekregen voor wie ze het afwegingskader op basis van dossieronderzoek toepasten. Daarnaast scoorden ze op basis van de Permanentieschaal van het VAPH de mate van toezicht.

---

* Om methodologische redenen (zie inleiding) is ook casuïstiek uit de GGZ onderzocht. Het afwegingskader wordt echter niet toegepast op cliënten met een psychische stoornis, aangezien een psychische stoornis momenteel geen toegang tot de Wlz geeft (met als uitzondering dat sprake is van langer dan 3 jaar Zvw-verblijf).

3.3.2 Resultaten statistische analyses inhoud afwegingskader

In deze paragraaf rapporteren we de resultaten van drie analyses op de data verkregen in de validatiefase met bestaande indicaties:

- Constructvaliditeit: een factoranalyse op de scores van het functioneren op de zes domeinen,
- Criteriumvaliditeit: een analyse van de overeenkomst tussen de toegang tot de Wlz en de score op de VAPH Permanentieschaal
- Inter-beoordelaarbetrouwbaarheid: de overeenkomsten in toewijzings-beslissingen door twee verschillende CIZ-onderzoekers bij dezelfde verzekerde.

Constructvaliditeit

Om inzicht te krijgen in de samenhang van de vragen die worden gesteld voor de vaststelling van het functioneren, hebben we een factoranalyse verricht. De factoranalyse is uitgevoerd door gebruik te maken van een exploratieve factor-analyse met behulp van zes veronderstelde factoren en varimax rotatie. We hebben gekozen voor zes factoren, omdat de vragenlijst is opgedeeld in zes domeinen. Met de factoranalyse willen we kijken in hoeverre deze zes domeinen ook op basis van statistische analyse naar voren komen als onafhankelijke domeinen. Tabel 4 geeft een samenvatting van de overlap tussen de statistisch bepaalde factoren en de zes inhoudelijk te onderscheiden domeinen.

In de eerste kolom zijn de zes domeinen uit de vragenlijst weergegeven: cognitief functioneren, fysiek functioneren, ADL-vaardigheden, oriëntatie, gedragsmatig functioneren en psychisch functioneren. In de andere kolommen zijn de zes factoren weergegeven die uit de statistische analyses naar voren komen. Tussen haakjes zijn de percentages verklaarde variantie weergegeven. Een kruis (X) geeft aan welke factor met welk domein overeenkomt (bijvoorbeeld de statistisch berekende eerste factor blijkt grotendeels te worden gemeten met de vragen over het cognitief functioneren). De percentages verklaarde variantie geven weer in welke mate de factoren de variatie in scores verklaren. Met andere woorden, welk aandeel de factor heeft in de vragenlijst (hoe hoger het percentage hoe groter het aandeel).

Domein	Factor 1 (26%)	Factor 2 (23%)	Factor 3 (10%)	Factor 4 (5%)	Factor 5 (4%)	Factor 6 (3%)
Cognitief functioneren	X				X	X
Fysiek functioneren		X				
ADL-vaardigheden		X				
Oriëntatie				X		
Gedragsmatig functioneren			X			
Psychisch functioneren			X			

Tabel 4. Overzicht resultaten factoranalyse

Uit de tabel blijkt, dat met de vragenlijst hoofdzakelijk 4 domeinen worden gemeten: cognitief functioneren (Factor 1), fysiek/ADL-functioneren (Factor 2), oriëntatie (Factor 4) en gedragsmatig/psychisch functioneren (Factor 3). De

percentages verklaarde variantie geven aan dat de domeinen cognitief- en fysiek/ADL-functioneren samen het grootste aandeel hebben in de vragenlijst (de scores op deze vragen verklaren 49% van alle variantie aan scores). Vanuit het domein 'oriëntatie' laadt de vraag 'In hoeverre heeft de verzekerde problemen met het geheugen of denken?' sterk op de 1e factor. Deze vraag correleert dus sterk met het cognitief functioneren en minder met de oriëntatievragen. Daarnaast blijkt uit de factoranalyse dat er binnen het domein cognitief functioneren nog enkele vragen zijn die een andere dimensie weergeven: 'gebruik van openbaar vervoer' en 'zich kunnen redden in openbare voorzieningen' (factor 5) en 'zich begrijpelijk kunnen maken' en 'een gesprek kunnen voeren' (factor 6).

De resultaten bevestigen dat we de beoogde domeinen met het afwegingskader meten, waarbij 'fysiek' en 'ADL' één domein vormen en 'gedrag' en 'psychisch' één domein vormen. De domeinen in de vragenlijst zijn niet heel sterk te onderscheiden. Dit is geen enkel probleem voor het afwegingskader. Immers, het verbijzonderen van domeinen heeft vooral als doel aan te sluiten bij termen die in de praktijk herkenbaar zijn en volledig te zijn in het verkrijgen van een overzicht van het functioneren ten behoeve van het vaststellen van toegang tot de Wlz. We hebben tijdens de statistische analyses ook gekeken naar de factorladingen om te kunnen bepalen of bepaalde vragen overbodig zijn. Daaruit kwam niet naar voren dat er vragen uit kunnen worden gelaten. We stellen voor om de werking van het afwegingskader statistisch te blijven monitoren en op basis daarvan op termijn tot een eventuele aanscherping van de vragenlijst te komen. Daarnaast is het aantal vragen over 'cognitief functioneren' relatief groot in vergelijking tot de vragen over het 'psychische functioneren'.

Criteriumvaliditeit

Zoals reeds in paragraaf 3.1 is aangegeven ontbreekt een gouden standaard om te beoordelen of het resultaat van een beoordeling juist of onjuist is. Om toch iets te kunnen zeggen over de criteriumvaliditeit is voor alle cliënten ook een score verzameld op de VAPH-permanentieschaal (zie bijlage 3). Onderstaande tabel geeft een overzicht van de overlap tussen de VAPH permanentiescore en het oordeel volgens het kader: wel of geen toegang WLZ.

Permanentiescore	Geen Wlz-toegang	Wel Wlz-toegang
0	27	0
1	77	0
2	185	5
3	129	11
4	69	164
5	10	488
6	1	73
7	0	47
Totaal	**522**	**836**

Tabel 5. Aantallen cliënten met Permanentiescore, uitgesplitst naar Wlz-toegang

Kijkend naar de samenhang van Wlz toewijzing en het oordeel op de Permanentieschaal van het VAPH, dan zien we een keerpunt bij score vier op de Permanentieschaal: vrijwel iedereen die 5 of hoger scoort op deze schaal krijgt toegang tot de Wlz, maar ook een belangrijk deel van cliënten met score van 4 (73%).

Andersom bekeken zien we dat van de 836 mensen die toegang krijgen tot de Wlz, er slechts 16 (2%) een Permanentiescore hebben lager dan 4, en 180 cliënten een score hebben lager dan 5 (25%). We zien dus 75% van de mensen die toegang krijgen tot de Wlz ook volgens de Permanentiescore behoefte hebben aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid (P-score van 5 of hoger). Voor een extra 23% van de Wlz-cliënten is er behoefte aan hulp in nabijheid voor grote delen van de dag (score 4). Daarnaast hebben 11 van de 522 cliënten die geen toegang krijgen tot de Wlz een score van 5 of hoger op de Permanentieschaal. Dit komt neer op 2%. Van de verzekerden zonder Wlz-toegang heeft 16% een score van 4 of hoger.

Omdat bijna twee-derde van de cliënten met een Permanentiescore van 4 (waarmee in principe niet is bedoeld dat 24 uur nabijheid nodig is) toegang krijgt tot de Wlz hebben we aan de CIZ-onderzoekers de vraag gesteld welke motivering hierbij een rol heeft gespeeld. Hierop zijn onder andere de volgende reacties gegeven:

"Ik heb de afweging gemaakt, dat wanneer je minder dan 4 uur alleen kunt zijn, je niet een hele nacht alleen kunt zijn en dus aangewezen bent op 24 uur zorg in de nabijheid."

"Voor mij betekent 24 uur zorg in de nabijheid ook in een zorgpost vlak bij zoals in de GGZ gebruikelijk is bij beschermd wonen. Dan ben je zo ter plekke maar niet de hele tijd aanwezig. Iemand kan wel enige tijd alleen zijn maar er is zorg vlak in de buurt."

Deze opmerkingen maken duidelijk dat er nog verduidelijking moet plaatsvinden over wat er nu precies wordt verstaan onder 24 uur zorg in den nabijheid en dat de omslag wel/niet Wlz niet zozeer tussen P-score 4 en 5 lijkt te liggen, maar binnen de Permanentiescore 4. Indien we de grens van 5 of hoger op de Permanentieschaal als grenswaarde voor de Wlz hanteren en dit vergelijken met het oordeel volgens het nieuwe kader, dan komen we volgens tabel 6 uit op een Cohen's kappa waarde van 0.68 (dit is een redelijk mate van overeenkomst). De Cohen's kappa wordt 0.84 als de grens bij 4 of hoger wordt gelegd.

	P score <= 4	P score > 4	Totaal
Geen Wlz	487	11	498
Wel Wlz	180	608	788
Totaal	667	619	1.286

Tabel 6. Overeenkomst toegang WLZ en Permanentiescore hoger/lager dan 4

Indien we de permanentiescore voor het gemak als referentie nemen (omdat geen beter alternatief beschikbaar is), dan hebben we met het afwegingskader een

sensitiviteit van 98% (percentage correct geclassificeerde Wlz-rechthebbenden) en een specificiteit van 73% (percentage correct geclassificeerde niet-rechthebbenden). De sensitiviteit van het kader is dus bijzonder hoog. Bij de relatief lage specificiteit maken we wel de kanttekening dat vrijwel alle cliënten die toegang tot de Wlz krijgen maar geen Permanentiescore van 5 hebben, een score van 4 hebben en dus behoefte aan zorg in de nabijheid gedurende grote delen van de dag, inclusief de mogelijkheid dat de verzekerde iemand kan opbellen als het nodig is (als we de grens voor Wlz-toegang bij P-score >= 4 leggen wordt de sensitiviteit 91% en de specificiteit 97%).

Inter-beoordelaarbetrouwbaarheid

Om te bepalen of verschillende CIZ-onderzoekers de toegang tot de Wlz voor eenzelfde cliënt vergelijkbaar beoordelen zijn er 139 cliënten geselecteerd om dubbel te worden gescoord.

De mate waarin de scores voor deze cliënten met elkaar overeenkomen zijn opgenomen in tabel 7. In de rijen is het oordeel van CIZ-onderzoeker I opgenomen en in de kolommen het oordeel van CIZ-onderzoeker II.

	Geen Wlz-toegang	Wel Wlz-toegang	Totaal
Geen Wlz	39	26	65
Wel Wlz	16	58	74
Totaal	55	84	139

Tabel 7. Overeenkomst toegang WLZ op basis van 139 verzekerden die door twee verschillende CIZ-onderzoekers zijn beoordeeld.

We zien hier dat bij 97 verzekerden (70%) beide CIZ-onderzoekers tot hetzelfde oordeel komen. Dit geeft een lage Cohen's kappa van 0,39. Om inzicht te krijgen in mogelijke oorzaken voor deze lage inter-beoordelaarbetrouwbaarheid geeft tabel 8 een nader beeld van de 42 verzekerden waarover het oordeel van de CIZ-onderzoekers niet gelijk was.

Ernstig nadeel	Geen Wlz-toegang			Wel Wlz-toegang		
	Ja	Nee	N.v.t.	Ja	Nee	N.v.t.
Gevaar kan optreden	14	13	15	39	3	0
Gevaar is blijvend	8	9	25	31	10	1
Gevaar goed kunnen inschatten	21	7	14	10	31	1
Adequate hulp in kunnen roepen	22	6	14	11	30	1

Tabel 8. Score op ernstig nadeel bij 42 verzekerden die door twee verschillende CIZ-onderzoekers zijn beoordeeld

Uit tabel 8 blijkt, dat de CIZ-onderzoekers met name twee vragen verschillend beantwoorden: kan er gevaar optreden en is het gevaar blijvend? Daarnaast valt op dat de CIZ-onderzoekers die geen Wlz-toegang hebben gegeven vaak 'niet van toepassing' hebben gescoord. Mogelijk speelt hierbij een belangrijke rol dat de

CIZ-onderzoekers het afwegingskader hebben toegepast op basis van een korte beschrijving van de casus en het ingevulde B-formulier met stoornissen en beperkingen. De CIZ-onderzoekers hebben in het kader van de validatie geen uitgebreid dossieronderzoek verricht en geen contact gehad met de cliënt, het cliëntsysteem of een professional. Mogelijk was de informatie die digitaal beschikbaar was niet voor elke CIZ-onderzoeker voldoende duidelijk en/of compleet om de vragen uit het afwegingskader goed te kunnen beantwoorden. Andere mogelijke oorzaken voor de verschillen in het oordeel zijn het relatief lage ervaringsniveau van de CIZ-onderzoekers met dit nieuwe kader (een instructie van een dagdeel voorafgaand aan de validatieperiode) en dat er nog geen intervisie heeft plaatsgevonden (het delen van ervaringen tussen CIZ-onderzoekers en nadere afstemming van de wijze van beoordelen).

3.3.3 Vaststelling ernstig nadeel en besluitvorming

In het afwegingskader worden 8 vragen gesteld om te beoordelen of op basis van de stoornissen en beperkingen ernstig nadeel kan optreden. Tabel 9 geeft een beeld van de mate waarin sprake is van ernstig nadeel voor de cliënten die wel en geen toegang tot de Wlz hebben.

	Geen Wlz-toegang	Wel Wlz-toegang
Gevaar kan optreden	52%	98%
Gevaar is blijvend	44%	92%
Gevaar goed kunnen inschatten	71%	8%
Adequate hulp in kunnen roepen	81%	11%
Risico op maatschappelijk te gronde richten	21%	69%
Risico op verwaarlozing	24%	91%
Risico op ernstig lichamelijk letsel	10%	53%
Risico op ontwikkelingsschade	16%	50%
Geen risico's door gebruikelijke zorg	23%	7%

Tabel 9. Mate van ernstig nadeel, uitgesplitst naar Wlz-toegang

Bij vrijwel alle verzekerden die in de Wlz terecht komen is sprake van blijvend gevaar. Op grond van de wettelijke criteria zou men verwachten dat bij 100% van de verzekerden met Wlz-toegang gevaar kan optreden en dit gevaar blijvend is. Bij 2% is geen sprake van gevaar en bij 8% is het gevaar niet blijvend. Tijdens de validatie hebben we niet kunnen traceren of dit registratiefouten betreft of bewuste keuzes van CIZ-indicatiestellers zijn geweest. Het risico op verwaarlozing is voor vrijwel alle verzekerden aan de orde (91%), maar ook de andere drie risico's spelen een belangrijke rol.

Indien we kijken naar de verzekerden die geen toegang krijgen tot de Wlz, dan blijkt, dat bij ongeveer de helft sprake is van gevaar, waarbij voor 43% het gevaar ook blijvend is en in beperkte mate risico's kunnen optreden. Het grote verschil met de groep cliënten die wel toegang krijgt tot de Wlz is, dat de verzekerden die

geen toegang krijgen tot de Wlz het dreigend gevaar goed kunnen inschatten en/of bij dreigend gevaar adequate hulp kunnen inroepen. Daarnaast speelt de inzet van gebruikelijke zorg (zie bijlage 2) voor een deel een rol waardoor geen toegang tot de Wlz wordt verkregen.

Tabel 10 geeft een nader beeld van de verzekerden die toegang krijgen tot de Wlz. Het maakt duidelijk dat bij diverse verzekerden met Wlz-toegang sprake is van een combinatie van risico's op ernstig nadeel.

	Verwaar-lozing	Lichamelijk letsel	Schade in ontwikkeling
Maatschappelijk te gronde	45%	23%	32%
Verwaarlozing		33%	32%
Lichamelijk letsel			18%

Tabel 10. Combinatie van risico's op ernstig nadeel

Ter illustratie wordt een voorbeeld gegeven hoe de tabel moet worden gelezen: 45% van de verzekerden met Wlz-toegang heeft een risico dat ze zich maatschappelijk te gronde richten en verwaarlozen, 23% dat ze zich maatschappelijk te gronde richten en lichamelijk letsel oplopen. Deze informatie kan eventueel worden gebruikt bij de inhoudelijke ontwikkeling van zorgprofielen.

De resultaten uit tabel 9 en 10 geven duidelijk inzicht in de afweging die CIZ-onderzoekers maken bij het vaststellen van het ernstig nadeel. Het biedt ook aanknopingspunten om vragen te stellen in het kader van de verantwoording (bijvoorbeeld met betrekking tot de 8% van de verzekerden die wel toegang hebben gekregen tot de Wlz, maar waarbij geen sprake is van blijvend gevaar).

Op basis van het inzicht in het functioneren van de verzekerde en het ernstig nadeel zijn de CIZ-onderzoekers tot een besluit gekomen voor een vorm van toezicht. Uit de resultaten van een logistische regressie-analyse blijkt, dat de belangrijkste voorspellers voor toegang tot de Wlz de volgende vragen zijn: het gevaar is blijvend, de verzekerde kan geen adequate hulp inroepen, er is risico op verwaarlozing, er is risico op lichamelijk letsel en het risico blijft na inzet van gebruikelijke zorg.

In tabel 11 is aangegeven op basis van welke vormen van toezicht toegang tot de Wlz wordt verkregen. De percentages samen zijn meer dan 100%, omdat voor verzekerden soms twee vormen van toezicht/nabijheid zijn aangegeven.

	Toegang Wlz
Permanent toezicht	16%
24 uur zorg nabij vanwege fysieke problemen	45%
24 uur zorg nabij vanwege zware regieproblemen	83%

Tabel 11. Verdeling over vormen van toezicht en nabijheid

Veruit de meeste Wlz cliënten (83%) uit de steekproef hebben behoefte aan 24-uurs zorg in de nabijheid, omdat zij zelf niet in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen en zij door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig hebben. Ongeveer de helft van de Wlz-cliënten heeft behoefte aan 24-uurs zorg vanwege fysieke problemen en 16% vanwege een noodzaak voor permanent toezicht en actieve observatie. Zoals reeds boven de tabel is aangegeven zijn bij verzekerden soms twee vormen van toezicht/nabijheid aangegeven:

- bij 5% van de verzekerden met toegang tot de Wlz is blijvende behoefte aan permanent toezicht èn nabijheid vanwege fysieke problemen,
- bij 13% van de verzekerden met toegang tot de Wlz is blijvende behoefte aan permanent toezicht èn nabijheid vanwege regieproblemen,
- bij 30% van de verzekerden met toegang tot de Wlz is blijvende behoefte aan nabijheid vanwege fysieke èn regieproblemen.

3.3.4 Terugkoppeling CIZ-onderzoekers

De onderzoekers ontvingen na afloop van de validatie een vragenlijst waarmee ze vanuit hun ervaringen konden aangeven in welke mate het afwegingskader werkbaar is, doet wat het moet doen, welke vragen het meest relevant zijn voor de Wlz-toewijzing en welke vragen minder of niet relevant zijn voor de Wlz-toewijzing.

Alle onderzoekers vinden dat met dit afwegingskader de (volgens de wet) beoogde mensen toegang krijgen tot de Wlz. Wel vroeg een aantal onderzoekers zich af of de volgens de wet beoogde mensen altijd de juiste mensen zijn die toegang moeten krijgen tot de Wlz. Ze stellen dan met name vragen bij de mensen die toegang kregen, terwijl ze de gevraagde 24-uurs toezicht naar tevredenheid met mantelzorg thuis hadden geregeld.

De onderzoekers geven aan dat het plezierig is om aan de hand van een vast uniform kader de toegang te bepalen. Ook vindt men het plezierig dat begrippen zijn aangescherpt en helder beschreven. Ter illustratie twee opmerkingen: *"Het afwegingskader is goed hanteerbaar en leidt je naar een goede afweging"* en *"Prima te hanteren en snel eigen te maken".*

Op de vraag hoe we het afwegingskader nog kunnen verbeteren is met name aangegeven dat men behoefte heeft aan een handleiding om verschillen in interpretatie zoveel mogelijk uit te sluiten. Daarnaast is voorgesteld om het afwegingskader ICT-matig goed te ondersteunen, zodat niet altijd alle vragen over het functioneren hoeven te worden ingevuld (bijvoorbeeld als er geen gedrags-problemen zijn, de mogelijkheid geven om dit één keer aan te geven, zodat hierover geen 8 vragen hoeven te worden beantwoord). Er is behoefte aan meer uitleg op welke manier gebruikelijke zorg en mantelzorg wel of niet meegewogen moet worden. Ook wil men meer informatie over welke voorzieningen uit andere wettelijke kaders nu wel of niet meegewogen mogen worden in de afweging of iemand is aangewezen op de Wlz. Met het afwegingskader was het mogelijk om kinderen te scoren. Daarbij is wel behoefte aan een goede toelichting, zodat bij

de beantwoording van vragen rekening wordt gehouden met 'het kind zijn'. Daarnaast is de vraag gesteld om extra instructie bij het scoren van de stoornissen (volgens het 'oude' B-formulier worden stoornissen anders gescoord dan beperkingen; in het afwegingskader worden de stoornissen en beperkingen op een vergelijkbare manier gescoord; bepaalde CIZ-onderzoekers vragen om extra instructie om deze omslag goed te kunnen maken).

Van de meeste vragen is aangegeven dat deze relevant zijn: met name de vragen om ernstig nadeel vast te stellen. Daarnaast is bij drie vragen over het functioneren van de verzekerde door meer dan de helft van de onderzoekers aangegeven, dat die niet relevant zijn voor de afweging of iemand in aanmerking komt voor de Wlz:

- in hoeverre is de verzekerde in staat tot lezen, schrijven en rekenen,
- in hoeverre is de verzekerde in staat om gebruik te maken van het openbaar vervoer,
- in hoeverre is de verzekerde in staat huishoudelijke apparaten te gebruiken zoals wasmachine, stofzuiger of strijkijzer.

Uit de statistische analyses zijn deze vragen niet als minder relevant naar voren gekomen (zie hiervoor de resultaten met betrekking tot de constructvaliditeit).

4. Conclusies en aanbevelingen

Op basis van een uitgebreid onderzoek naar bouwstenen hebben we een afwegingskader ontwikkeld dat bruikbaar is voor het bepalen van de toegang tot de Wlz. In dit hoofdstuk beschrijven we enkele conclusies en doen we enkele aanbevelingen voor de toepassing en doorontwikkeling van het afwegingskader.

4.1 Conclusies

De conclusies beschrijven we aan de hand van de vooraf geformuleerde onderzoeksvragen.

1. *Welke cliëntkenmerken spelen een rol bij de vraag of een verzekerde "een blijvende behoefte heeft aan 24-uurs zorg in de nabijheid of permanent toezicht, ter voorkoming van ernstig nadeel voor de verzekerde"?*

Bij deze verzekerden is sprake van een combinatie van beperkingen op het gebied van het cognitief functioneren, fysiek functioneren/ADL-vaardigheden, oriëntatie en gedragsmatig/psychisch functioneren. Door deze beperkingen kunnen blijvende gevaren optreden, waarbij de verzekerde niet in staat is om dit goed in te schatten of hierbij adequate hulp in te roepen. Hierdoor kan ernstig nadeel optreden, omdat de verzekerde het risico loopt zich maatschappelijk te gronde te richten, zich te verwaarlozen, ernstig lichamelijk letsel op te lopen of te worden geschaad in zijn ontwikkeling.

2. *In welke mate bepalen de verschillende kenmerken naar huidige wetenschappelijke inzichten en naar het oordeel van relevante professionals dat een verzekerde voldoet aan de wettelijke toegangsvoorwaarden, en hoe hangen die kenmerken onderling samen?*

Het is niet mogelijk en zinvol om per cliëntkenmerk aan te geven in welke mate het cliëntkenmerk leidt tot een blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid. Voor deze verzekerden is altijd sprake van een combinatie van beperkingen (co-morbiditeit), waarbij de combinatie van beperkingen per verzekerde verschilt.

3. *Hoe zijn die kenmerken naar huidige wetenschappelijke inzichten en naar het oordeel van relevante professionals zo evidence-based mogelijk te meten?*

Er bestaat een grote diversiteit aan evidence-base vragenlijsten waarmee de cliëntkenmerken kunnen worden gemeten. In het rapport *Wlz-afwegingskader. Achtergrondstudie naar relevante bouwstenen.* hebben we een uitgebreid overzicht opgenomen. Voor het voorspellen van de blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per zorg in de nabijheid hebben we slechts één instrument gevonden: het Zorgzwaarteinstrument van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH).

4. *Hoe moeten de cliëntkenmerken worden gewogen om vast te stellen dat een verzekerde voldoet aan de wettelijke toegangscriteria van de Wlz?*

De cliëntkenmerken moeten worden gewogen door te beoordelen in welke mate blijvende gevaren kunnen optreden. Daarbij is het essentieel om te vast te stellen of de verzekerde in staat is om het dreigende gevaar goed in te schatten en om adequate hulp in te roepen.

5. *Hoe kunnen de cliëntkenmerken en bijbehorende meetinstrumenten toegepast worden in een afwegingskader dat leidt tot een onderbouwde beslissing of de verzekerde aanspraak heeft op zorg en ondersteuning op grond van de Wlz?*

Om tot een onderbouwde beslissing te komen brengt de CIZ-onderzoeker met het afwegingskader eerst het functioneren van de verzekerde op verschillende domeinen in beeld. Vervolgens beantwoordt de CIZ-onderzoeker een aantal vragen om vast te stellen of sprake is van een ernstig nadeel voor de verzekerde. Tot slot geeft de CIZ-onderzoeker aan of sprake is van een blijvende behoefte aan permanent toezicht, 24 uur per dag zorg in de nabijheid vanwege fysieke problemen of 24 uur per dag zorg in de nabijheid vanwege regieproblemen.

4.2 Aanbevelingen

Op basis van de bevindingen van de casuïstiekbesprekingen en de validatie (data-analyse en opmerkingen van CIZ-onderzoekers) concluderen we dat het Wlz-afwegingskader goed bruikbaar is om de toegang tot de Wlz te bepalen, mits er in het proces van indicatiestelling voorwaarden worden gecreëerd die de inter-beoordelaarbetrouwbaarheid verbeteren.

Voor een goede implementatie van het Wlz-afwegingskader binnen het werkproces bij het CIZ doen we de volgende aanbevelingen:

- Om ervoor te zorgen, dat het afwegingskader uniform wordt toegepast bevelen we aan een passende instructie en handleiding te ontwikkelen voor de CIZ-onderzoekers. Hierbij verdient de toepassing bij kinderen extra aandacht, zodat bij de afweging op een juiste wijze rekening wordt gehouden met 'het kind zijn' en de inzet van gebruikelijke zorg.
- Om uniforme toepassing van het afwegingskader te bewerkstelligen zijn frequente casuïstiekbesprekingen, intervisie en intercollegiale toetsing/review noodzakelijk. Hierbij bevelen we aan om op basis van concrete casuïstiek de verschillende begrippen uit het afwegingskader nader aan te scherpen.
- Voor toegang tot de Wlz moet sprake zijn van een blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid. Omdat vaak niet met 100% zekerheid is vast te stellen of de verzekerde voor altijd behoefte heeft aan toezicht of nabijheid en in de Wlz staat dat het CIZ een indicatiebesluit kan herzien of intrekken als de verzekerde niet langer op de geïndiceerde zorg is aangewezen, hebben we in het afwegingskader opgenomen dat CIZ-onderzoekers de term blijvend beoordelen als: 'van niet voorbijgaande aard binnen afzienbare tijd'. Vanwege de reacties van diverse partijen dat de door ons gehanteerde

toevoeging 'binnen afzienbare tijd' tot verwarring kan leiden, bevelen we aan om 'blijvend' conform de wettekst te definiëren als 'van niet voorbijgaande aard'. Vervolgens bevelen we aan om op basis van casuïstiekbesprekingen en intervisie de interpretatie van 'blijvend' te monitoren en aanscherpen in de praktijk. Voor GGZ-cliënten bevelen we aan nader onderzoek te doen om tot een passende omschrijving van het begrip 'blijvend' te komen.

- 24 uur per dag zorg in de nabijheid betreft een vorm van beschikbaarheid van zorg die hoofdzakelijk bestaat uit passief toezicht. Het toezicht is nodig op zowel geplande als ongeplande zorgmomenten, waarbij de zorgverlener het initiatief moet nemen. Aan deze omschrijving uit de wet hebben we in aansluiting op de Beleidsregel van 2015 toegevoegd, dat het nodig is dat de zorgverlener meerdere malen per dag polshoogte neemt en zo nodig ingrijpt, om ernstig nadeel voor de verzekerde te voorkomen. Uit reacties van partijen hebben we begrepen, dat deze toevoeging ten onrechte de indruk kan wekken dat het voldoende is om enkele keren per dag polshoogte te nemen en het aantal zorgmomenten ten onrechte kan worden geïnterpreteerd als enige factor die doorslaggevend is voor de behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Daarom bevelen we aan om deze toevoeging weg te laten. Vervolgens bevelen we aan om op basis van casuïstiekbesprekingen en intervisie de interpretatie van '24 uur per dag zorg in de nabijheid' te monitoren en aanscherpen in de praktijk.
- Om ervoor te zorgen dat het afwegingskader gebruiksvriendelijk is, bevelen we aan om in overleg met CIZ-onderzoekers te bekijken op welke wijze het afwegingskader ICT-matig kan worden vormgegeven.
- Om zicht te hebben op zeer specifieke omstandigheden die relevant zijn voor de afweging van de Wlz-toegang bevelen we aan om in het afwegingskader ruimte te geven voor essentiële aanvullende informatie. We bevelen wel aan om hier terughoudend mee om te gaan, omdat met de vragen in het afwegingskader in principe alle relevante informatie wordt verzameld.
- Diverse aspecten uit het afwegingskader zijn ook relevant voor een eventuele Wlz-afweging voor verzekerden met een psychische stoornis. Alvorens dit kan plaatsvinden, is voor deze doelgroep een aangepaste omschrijving van de term 'blijvend' noodzakelijk. Daarnaast bevelen we, voor zorgvuldige toepassing van het afwegingskader voor verzekerden met een psychische stoornis, nader onderzoek aan naar de verbijzondering van vraag 45 over het psychisch functioneren bij het onderdeel 'vaststelling functioneren' en de term 'blijvend' voor deze doelgroep.
- We bevelen aan om het gebruik van het afwegingskader goed te monitoren (intervisie, jurisprudentie) en te onderzoeken op welke wijze het kan worden verbeterd en doorontwikkeld. Daarbij vragen we specifiek aandacht voor het opnieuw toetsen van de inter-beoordelaarbetrouwbaarheid na een uitgebreide instructie en toepassing van het afwegingskader bij nieuwe verzekerden.

Daarnaast verwachten wij dat de vragen rondom het vaststellen van het ernstig nadeel ook al voor de indicatiestelling in 2015 bruikbaar zijn en het zinvol is om in 2015 ook al een onderscheid te maken naar de drie verschillende vormen van

toezicht en nabijheid. Dit hoeft niet geautomatiseerd te worden, maar kan een onderdeel zijn van de instructie/handleiding die in 2015 wordt gebruikt.

Tot slot is uit de validatie van het afwegingskader duidelijk geworden dat verzekerden die toegang krijgen tot de Wlz verschillen op het gebied van de behoefte aan toezicht/nabijheid, risico's op ernstig nadeel en de beperkingen/ stoornissen. We bevelen aan om deze informatie te betrekken bij de ontwikkeling van nieuwe zorgprofielen voor de Wlz.

Bijlage 1. Leden projectorganisatie

Lid	Organisatie
Aletta Willems	CIZ
Bart-Willem Lenders	CIZ
Hanny Bak	CIZ
Lia Bleijs	CIZ
Wim Stout	CIZ
Ron van der Hoek	CIZ
Fons Hopman	Zorginstituut Nederland
Ineke van der Voort	Zorginstituut Nederland
Stéphanie van den Berg	Universiteit Twente
Patrick Jansen	Bureau HHM

Tabel 1.1 Leden Projectgroep

Lid	Organisatie
Maud van der Veen-Helder	Zorginstituut Nederland
Marcel de Krosse	CIZ
Wim Stout	CIZ
Patrick Jansen	Bureau HHM

Tabel 1.2 Leden Stuurgroep

Lid	Organisatie
Prof. Dr. H.M Evenhuis	Erasmus MC Rotterdam
Prof. Dr. R.R. Meijer	Rijksuniversiteit Groningen
Drs. M.C. Niezen-de Boer	Adviesgroep Ethiek Ned. Ver. van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
Dr. W. Cahn	UMC Utrecht
Prof. dr. J.P.J. Slaets	UMCG, Universitair centrum ouderengeneeskunde
Dr. X.M.H. Moonen	Universiteit van Amsterdam Landelijk kenniscentrum LVG
Prof. dr. R.T.C.M. Koopmans	UMC St Radboud Nijmegen
Prof. dr. P.M.M. Bossuyt	Academisch Medisch Centrum

Tabel 1.3 Leden Wetenschappelijke Adviesraad

Deelnemer	Organisatie
Hillie Beumer	Actiz
Herma Oosterom	Actiz (plv)
Lindy Hilgerdenaar	BTN
Diana van Langerak	BTN
Hadewich Cliteur	CSO
Sandrina Sangers	CSO
Vera Venneman	CZ
Yvonne Moolenaar	GGZ Nederland
Illya Soffer	Ieder(In)
Marijke Hempenius	Ieder(In)
Dorien Kloosterman	Ieder(In)
Nic Vos de Wael	LPGGZ
Bert Stavenuiter	LPGGZ
Jasper Boele	LSR
Marthijn Laterveer	LOC
F.P. Koning	KAMG
Aart Lodder	MEE
Hugo Bakkum	MEE
Roos Verheggen	Mezzo
Margo Brands	NPCF
Joris van Erp	NVAG
Kirsten Mik	NVO
Suzan Möller	NVO
Carmen van Bussel	NVO
Rina Beers	Opvang
Frans van der Pas	Per Saldo
Eta Mulder	RIBW
Carry Stroosnijder	Verenso
Nieke Shahbazi	VIA
Monique van de Meulen	VGN
Bert Stavenuiter	Ypsilon
Marissa Meijer	ZN
Annika Keet-Van der Heijden	ZN

Tabel 1.2 Deelnemers stakeholders

Bijlage 2. Gebruikelijke zorg

Deze bijlage is gebaseerd op de Beleidsregel indicatiestelling 2015, bijlage 3.

Het CIZ onderzoekt de zorgbehoefte van een kind mede op basis van de in deze bijlage opgenomen 'Richtlijn gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen met een normale ontwikkeling, per leeftijd'. Gebruikelijke zorg is de dagelijkse zorg die ouders aan kinderen geacht worden te bieden, ook als de ouder de gebruikelijke zorg vanwege eigen aandoening, beperking, stoornis of handicap niet kan bieden.

Als een kind niet bij (een van) de ouder(s) kan wonen, vanwege de onmogelijkheden van de ouder(s) om een veilig thuis te bieden en/of vanwege opvoedingsonmacht van de ouder(s), is verblijf op grond van de Jeugdwet aan de orde.

Gebruikelijke zorg omvat niet:

'Permanent toezicht' in de zin van onafgebroken toezicht en actieve observatie gedurende het gehele etmaal, waardoor tijdig kan worden ingegrepen. Het gaat om toezicht dat geboden moet worden op basis van actieve observatie die als doel heeft dreigende ontsporing in het gedrag of de gezondheidssituatie van de verzekerde vroegtijdig te signaleren, waardoor altijd tijdig ingegrepen kan worden en escalatie van onveilige/gevaarlijke/(levens)bedreigende gezondheids- en/of gedragssituaties voor verzekerde kan worden voorkómen. Bij verzekerden die een behoefte hebben aan permanent toezicht kan elk moment iets (ernstig) mis gaan.

Gebruikelijke zorg omvat:

- Het door ouders aan kinderen bieden van een woonomgeving waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd en hen een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden nodig bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid. Gebruikelijke zorg bij kinderen kan ook zorg omvatten die niet standaard bij alle kinderen voorkomt. Het gaat dan om zorg die gebruikelijke zorg vervangt zoals sondevoeding in plaats van eten, of om zorg die in samenhang met reguliere zorg kan worden geboden zoals het geven van medicijnen.
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Hiermee wordt bedoeld dat zorg en toezicht gedurende het gehele etmaal in de nabijheid nodig is zonder dat daarbij permanente actieve observatie nodig is. Het gaat hier om een vorm van beschikbaarheid van zorg die voor een groot deel bestaat uit meer passief toezicht. De zorg is wel nodig op zowel geplande als ongeplande momenten, en ook voortdurend in de nabijheid. Dit is gebruikelijke zorg omdat ook een kind met een normaal ontwikkelingsprofiel tot een bepaalde leeftijd [1] niet zelf de noodzaak van zijn behoefte aan de inzet van zorg kan inschatten, of [2] niet zelf in staat is om op relevante momenten adequaat hulp in te roepen om ernstig nadeel te voorkomen, of [3] ook vaak op ongeplande momenten zorg in de zin van begeleiding of overname van zelfzorg nodig heeft.

Bij de beoordeling van Gebruikelijke zorg wordt gebruik gemaakt van de Richtlijn die hieronder is opgenomen. Het uitgangspunt van de Richtlijn is de zorg die ouders volgens heersende maatschappelijke opvattingen moeten bieden aan kinderen zonder beperkingen, rekening houdend met verschillen die bij kinderen in dezelfde leeftijdscategorie bestaan.

Richtlijn gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen met een normale ontwikkeling:

Kinderen van 0 tot 3 jaar

- hebben 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig omdat zij niet in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen om ernstig nadeel, zoals bedoeld in de Wlz artikel 3.2.1, lid 2sub c, voor henzelf te voorkomen,
- hebben voortdurend, dat wil zeggen op geplande èn ongeplande momenten overname van zelfzorg2 nodig,
- hebben een woonomgeving nodig waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd, een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden nodig bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid.

Kinderen van 3 tot 5 jaar

- hebben overdag zorg in de nabijheid nodig omdat zij niet in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen om ernstig nadeel, zoals bedoeld in de Wlz artikel 3.2.1, lid 2subc, voor henzelf te voorkomen,
- hebben overdag voortdurend begeleiding en overname van zelfzorg nodig,
- hebben 's nachts soms nog begeleidingen overname van zelfzorg nodig,
- hebben een woonomgeving nodig waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd, een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden nodig bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid.

NB: deze zorg voor kinderen van 3 tot 5 jaar is geen gebruikelijke zorg als is vastgesteld dat het gaat om een kind met ernstige meervoudig complexe handicaps waaronder een verstandelijke handicap en een blijvend zeer laag ontwikkelingsperspectief.

Kinderen van 5 tot 8 jaar

- hebben tot 8 jaaroverdag zorg in de nabijheid nodig omdat zij niet in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen om ernstig nadeel, zoals bedoeld in de Wlz artikel 3.2.1, lid 2 sub c, voor henzelf te voorkomen,
- hebben tot 8 jaar overdag nog voortdurend begeleiding nodig,
- hebben tot 8 jaaroverdag op geplande en soms op ongeplande momenten hulp bij of overname van zelfzorg nodig,
- hebben een woonomgeving nodig waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd, een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden nodig bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid.

Kinderen vanaf 8 tot 18 jaar

- hebben vanaf 8 jaar geen zorg in de nabijheidnodig omdat zij in staat zijn om op relevante momenten hulp in te roepen om ernstig nadeel (zoals bedoeld in de Wlz artikel 3.2.1, lid 2sub c, voor henzelf te voorkomen,
- hebben tot 18 jaar een woonomgeving nodig waarin hun fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd, een passend pedagogisch klimaat wordt geboden en hen zorg in de zin van verzorging, begeleiding en stimulans wordt geboden nodig en passend bij hun ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid.

Bijlage 3. Permanentieschaal Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)

0. Is er in geen enkele mate iemand nodig die 'toezicht' op de verzekerde moet uitoefenen of waar de verzekerde in alle mogelijke omstandigheden naar kan bellen?

1. Is het voldoende dat er altijd iemand is die de verzekerde kan opbellen om raad te vragen?

2. Is het voldoende dat er altijd iemand is die de verzekerde kan opbellen en die dan eventueel langs kan komen (binnen het uur)?

3. Is het voldoende dat er altijd iemand is die de verzekerde kan opbellen en mocht het nodig zijn dan zo snel mogelijk langs kan komen (ongeveer binnen het kwartier)?

4. Moet er tijdens grote delen van de dag iemand in de buurt aanwezig zijn, maar kan de verzekerde overdag alleen zijn voor periodes van minder dan 4 uur (waarbinnen de verzekerde uiteraard altijd iemand kan opbellen als het nodig is)?

5. Moet er altijd, de hele dag, iemand in de buurt aanwezig zijn, niet vlak naast de verzekerde, maar iemand die onmiddellijk kan helpen als de verzekerde iets nodig heeft of als er iets gebeurt (want de verzekerde kan zich niet behelpen en zelf geen noodhulp inroepen)?

6. Moet de verzekerde voortdurend in contact staan met en onder toezicht staan van iemand (rechtstreekse aanwezigheid, oproepsysteem, webcam, ...)?

7. Moet de verzekerde voortdurend onder toezicht staan van iemand, binnen een beveiligende infrastructuur en omkadering omdat zijn zeer ernstige gedragsproblemen anders een acuut gevaar opleveren voor de verzekerde en/of zijn omgeving?

Bijlage 3



Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

«Organisatie»
T.a.v. «Tav»
«Adres»
«PostcodeWoonplaats»

Zorginstituut Nederland
Pakket

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon

0530.2015013024

Datum 30 januari 2015
Betreft Consultatie afwegingskader toegang Wet langdurige zorg

Onze referentie
2015013024

Geacht bestuur,

Op verzoek van VWS ontwikkelen het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en Zorginstituut Nederland een afwegingskader voor de toegang tot de Wet langdurige zorg (Wlz). De bedoeling is te komen tot een afwegingskader dat zo goed mogelijk wetenschappelijk is onderbouwd. Bureau HHM heeft na openbare aanbesteding de opdracht gekregen het afwegingskader te ontwikkelen en zal half februari a.s. het eindresultaat opleveren.

Betrokken partijen, waaronder uw organisatie, zijn tijdens de ontwikkeling van het afwegingskader ambtelijk betrokken geweest door middel van een drietal bijeenkomsten waarin terugkoppeling plaatsvond over de tussenresultaten en de aanwezigen hun inbreng konden hebben. Dit heeft zeker bijgedragen aan de kwaliteit en het draagvlak van het afwegingskader.

Gezien het belang van het afwegingskader willen we betrokken partijen daarnaast in staat stellen een bestuurlijke reactie te geven. Omdat het eindproduct begin april moet zijn vastgesteld, willen we die consultatie in de tweede helft van februari a.s. laten plaatsvinden. We melden dit nu alvast, om het u mogelijk te maken dit in te plannen.

Hoogachtend,

Mw. mr. M. van der Veen-Helder
Hoofd Pakket

2015013057 Bijlage 4

Organisatie	T.a.v.	Adres	Postcode/Woonplaats
Actiz	het bestuur	Postbus 8258	3503 RG UTRECHT
GGZNederland	het bestuur	Postbus 830	3800 AV AMERSFOORT
VGN	het bestuur	Postbus 413	3500 AK UTRECHT
Federatie Opvang	het bestuur	Johan van Oldebarneveltlaan 34-36	3818 HB AMERSFOORT
RIBW-Alliantie	het bestuur	p/a RIBW Midden Brabant Willem II straat 21-23	5038 BA TILBURG
BTN	Het bestuur	Postbus 4050	4900 CB OOSTERHOUT
LOC	het bestuur	Postbus 700	3500 AS UTRECHT
LSR	het bestuur	Postbus 8224	3503 RE UTRECHT
Per Saldo	het bestuur	Postbus 19161	3501 DD UTRECHT
NPCF	het bestuur	Postbus 1539	3500 BM UTRECHT
Landelijk Platform GGZ	het bestuur	Maliebaan 87	3581 CG UTRECHT
Ieder(in)	het bestuur	Postbus 169	3500 AD UTRECHT
CSO	het bestuur	Postbus 2069	3500 GB UTRECHT
ZN	het bestuur	Postbus 520	3700 AM ZEIST
VERENSO	het bestuur	Postbus 20069	3502 LB UTRECHT
NVAVG	het bestuur	Postbus 6096	7503 GB ENSCHEDE
V&VN	het bestuur	Postbus 8212	3503 RE UTRECHT
NVvP	het bestuur	Postbus 20062	3502 LB UTRECHT
NVO	het bestuur	Catharijnensingel 47	3511 GC UTRECHT
NIP	het bestuur	Postbus 2085	3500 GB UTRECHT
VIA	het bestuur	L. Springerstraat 40	1992 BX VELSERBROEK
VAGZ	het bestuur	p/a Sparrenheuvel 16	3708 JE ZEIST
VNG	het bestuur	Postbus 30435	2500 GK DEN HAAG
KAMG	Het bestuur	Postbus 8003	3503 RA UTRECHT
NZa	Het bestuur		

Verzendlijst bestuurlijke consultatie afwegingskader Wlz

actiz Bijlage 5

organisatie van zorgondernemers

Zorginstituut Nederland
T.a.v. mevrouw mr. M. van der V-H.

Onderwerp: bestuurlijke reactie afwegingskader Wlz

datum
7 april 2015

ons kenmerk
HB/15u.0197

in behandeling bij

doorkiesnummer

pagina
1/3

Geachte mevrouw Van der Veen-H.,

Op 26 maart jl. ontvingen wij van u het Wlz-afwegingskader met het verzoek om een bestuurlijke reactie te formuleren. Vanzelfsprekend voldoen wij graag aan uw verzoek. Wij danken u hartelijk dat wij in de gelegenheid worden gesteld om onze visie op dit afwegingskader te geven. Het betreft een belangrijk document dat bepalend wordt voor de toegang tot de Wlz vanaf 2016.

Om te beginnen spreekt ActiZ veel lof uit over het gedegen onderzoek dat tot dit nieuwe afwegingskader heeft geleid en het proces dat de afgelopen maanden met deskundigen en landelijke stakeholders is gelopen. Zonder meer wordt aannemelijk gemaakt dat het nu voorliggende afwegingskader een goede operationalisering is van de wettelijke toegangscriteria en derhalve bruikbaar lijkt om de toegang tot de Wlz te bepalen. Uw eerste consultatievraag kunnen wij derhalve met 'een ja' beantwoorden; wij lichten dat toe.

Voor het verzamelen van bouwstenen voor dit afwegingskader heeft bureau HHM een internationale literatuurstudie verricht, AWBZ-data van het CIZ geanalyseerd en met wetenschappers en professionals gesproken. Uit het onderzoek van bureau HHM wordt duidelijk dat er geen wetenschappelijke literatuur beschikbaar is die expliciet ingaat op redenen voor een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24-uurszorg in de nabijheid. Ook wordt aannemelijk gemaakt dat het niet mogelijk is om op basis van literatuur over 'kenmerken die gebruikt kunnen worden om cliënten van langdurige zorg te beschrijven' een precieze score of afkappunt aan te geven die duidelijk maakt wanneer er sprake is van een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24-uurszorg in de nabijheid. Bureau HHM laat zien dat het gaat om verzekerden waarbij sprake is van een combinatie van factoren die – wanneer deze gezamenlijk in een bepaalde mate optreden- leiden tot risico's op

Postadres Postbus 8258, 3503 RG Utrecht | **Bezoekadres** Oudlaan 4, 3515 GA Utrecht |
T (030) 273 93 93 | F (030) 273 97 87 | E info@actiz.nl | www.actiz.nl |
Bank 69.96.50.038 | **IBAN** NL98 FVLB 0699 6500 38 | **BIC** FVLBNL22 | **KvK** 30216479 | **BTW** 8175.01 368 B 01

ernstig nadeel en daarmee tot toegang tot de Wlz. Uit de interviews met de wetenschappers komen wel een aantal discriminerende factoren naar voren die relevant zijn bij het bepalen van de toegang tot de Wlz. Ook heeft het onderzoek een overzicht opgeleverd van vragenlijsten waarmee cliëntkenmerken in beeld kunnen worden gebracht. Waarbij het instrument dat is ontwikkeld door het 'Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap in België' relevant lijkt, omdat dit instrument een directe relatie legt tussen de ondersteuningsbehoefte van de cliënten en de mate van toezicht. Bureau HHM hanteert (vervolgens) de wettekst als uitgangspunt voor het Wlz-afwegingskader. Omdat het van belang is dat er een goede balans is tussen het doel van het afwegingskader (een ja/nee beslissing) en de informatie die nodig is om dit doel te bereiken heeft bureau HHM zich beperkt tot de essentiële toegangscriteria.

In het verlengde van het totaal zoals zojuist geschetst, is bureau HHM er in geslaagd om een Wlz-afwegingskader te ontwikkelen dat bestaat uit een beperkt aantal relevante stappen.

Verbeteren van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid
Een tweede consultatievraag betreft het verbeteren van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Aanbevolen wordt om hier een aantal maatregelen op te treffen, zoals het (voorlopig) inzetten van een tweede beoordelaar, intervisie en scholing. Wij zijn van mening dat deze maatregelen van belang zijn en voor dit moment voldoende lijken. Waarbij wij er net als u aan hechten dat het CIZ de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid periodiek toetst. In het kader van transparantie bepleiten wij dat de uitkomsten van deze toetsingen openbaar worden.

Verduidelijken term '24 uur per dag zorg in de nabijheid'
Wij kunnen ons vinden in uw suggestie om de term '24 uur per dag zorg in de nabijheid' te verduidelijken door strikter aan te sluiten bij de tekst in de Memorie van Toelichting van de wet.

Noodzakelijke vervolgstappen op korte termijn
In het verlengde van al het goede werk dat tot op heden is verricht, hecht ActiZ er aan om twee belangrijke aandachtspunten te benoemen die om een vervolg vragen. De aandachtspunten raken aan uw derde en vierde consultatievraag.

In de eerste plaats is daar het gegeven dat bureau HHM signaleert dat (vele) wetenschappers van mening zijn dat het niet mogelijk is om bij het bepalen van toegang tot de Wlz strikt te kijken naar kenmerken van de cliënt en de sociale omgeving niet mee nemen. Men geeft aan dat de ondersteuningsbehoefte mede afhankelijk is van de wijze waarop de omgeving omgaat met de beperkingen van de cliënt. Cliënten met dezelfde beperkingen kunnen dus een andere ondersteuningsbehoefte hebben. Professionals verwachten dat als de cliëntomgeving niet betrokken wordt in het afwegingskader, heel veel cliënten voldoen aan de toelatingscriteria van de Wlz. Tegelijkertijd geven de professionals aan dat het in diverse situaties moeilijk zal zijn om aan te geven dat sprake is van een blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid.

De verwachting dat veel cliënten aan de toelatingscriteria zullen voldoen en het feit dat het in diverse situaties moeilijk zal zijn om aan te geven dat er sprake is van een blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid baart zorgen. Wij kunnen ons

gedegen monitor in te richten, specifiek gericht op de vormgeving van de toegang en toeleiding tot de Wlz.

Een tweede punt van aandacht betreft de validatie van het afwegingskader. Bureau HHM maakt duidelijk dat 'het instrument werkt', in die zin dat het mogelijk is om met dit afwegingskader de toegang tot de WIZ te bepalen. Niet is onderzocht[1] of het hanteren van dit afwegingskader aansluit bij de beleidsintenties van de staatssecretaris en de afspraken die op dit punt met de veldpartijen zijn gemaakt. Zo is voor de VVT sector afgesproken dat 75% van de doelgroep die gebruik maakt van een ZZP VV04 èn de mensen die tot eind 2014 recht hadden op de ZZP's VV05 een hoger recht hebben op toegang tot de Wlz. Niet onderzocht is -en ook niet aannemelijk te maken is- dat dit afwegingskader dit beleid ondersteunt.

ActiZ is van mening dat er op korte termijn aanvullend onderzoek nodig is om te bepalen of dit afwegingskader het beleid van de staatssecretaris ondersteunt. Met andere woorden: is het gevolg van dit afwegingskader dat mensen die voorheen gebruik maakten van een ZZP VV04 of hoger toegang blijven houden op de Wlz? Daarbij is op korte termijn ook nader onderzoek nodig naar de werkzaamheid van het afwegingskader voor mensen met psychiatrische problematiek, die in deze consultatie buiten beschouwing zijn gelaten.

Tot slot tekenen wij aan dat het CIZ ook vanaf januari jl. al volgens de toegangscriteria van de Wlz indiceert. Voor ActiZ is onduidelijk op welke wijze het CIZ op dit moment haar afwegingen maakt. Ook op dit punt verwachten wij transparantie.

Afsluitend spreken wij nogmaals onze dank uit voor uw uitnodiging om een bestuurlijke reactie te geven op het Wlz-afwegingskader. Aangezien wij hechten aan het zetten van een aantal vervolgstappen sturen wij deze reactie CC naar het ministerie van VWS.

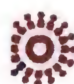
Met vriendelijke groet,

drs. A Koster
directeur

Bijlagen: - Concept Wlz-afwegingskader
- Brief bestuurlijke consultatie afwegingskader toegang Wlz

CC
de heer drs. C. van der B. (ministerie VWS)
de heer drs. B.E. van den D. (ministerie VWS)
de heer drs. M. V. (ministerie VWS)
de heer dr. P. J. (Bureau HHM)

[1] Dit is ook niet het verzoek aan bureau HHM geweest.


GGZNEDERLAND

FEDERATIE
opvang

RIBW ALLIANTIE
zorgorganisaties voor maatschappelijke ggz
KENNIS DELEN EN ONTWIKKELEN

Zorginstituut
t.a.v. de heer A.M. H.

Datum
14 april 2015
Contactpersoon

Ons kenmerk
Fa/yemr/ierr/159801/2015
Onderwerp
Bestuurlijke consultatie Afwegingskader toegang Wlz

Bijlage(n)
1
Doorkiesnummer

Uw kenmerk

Geachte heer H.,

In antwoord op u uw uitnodiging om deel te nemen aan de bestuurlijke consultatie over het afwegingskader toegang Wlz hebben GGZ Nederland, de Federatie Opvang en de RIBW Alliantie besloten om gezamenlijk te reageren op het toegezonden afwegingskader.

In de brief van staatssecretaris van Rijn van 24 maart 2014 naar aanleiding van de motie van de Kamerleden Keijzer en Bergkamp[1], en de daarbij behorende werkafspraken langdurige ggz, is afgesproken dat het ministerie van VWS het Zorginstituut verzoekt om in 2014 aandacht te besteden aan de afbakening van de langdurige intramurale ggz in Wmo2015, Wlz en Zvw. Dit onder andere door het ontwikkelen van objectieve inhoudelijke criteria voor toegang tot de Wlz voor ggz-cliënten. Ook is er afgesproken dat het ministerie van VWS de regie neemt bij de ontwikkeling van inhoudelijke toegangscriteria en ervoor zorgt dat alle partijen geconsulteerd worden bij het vormgeven ervan. Een verdere afspraak is dat ggz cliënten zo snel mogelijk na het gereed komen van de inhoudelijke criteria voor de Wlz, uitsluitsel krijgen wie van hen toegang tot de Wlz krijgt.

Het Zorginstituut heeft bij de totstandkoming van het afwegingskader alle relevante partijen betrokken. We hebben in dit verband ook deelgenomen aan het stakeholdersoverleg. In het proces om tot het afwegingskader te komen is de ggz doelgroep steeds onderdeel geweest

[1] Motie 397 van de leden Keijzer en Bergkamp dd 16 januari 2014.

van het onderzoek en in een eerdere versie van het afwegingskader maakte de ggz doelgroep deel uit van de totale groep verzekerden voor wie toegangscriteria tot de Wlz ontwikkeld moeten worden.

Het is tegen deze achtergrond voor ons onverwacht, teleurstellend en ook onacceptabel dat de consultatieversie die nu door ons is ontvangen *"geldt als uitwerking van de nu geldende criteria in de Wlz en is in principe niet bedoeld voor verzekerden met een psychische stoornis"*. De ggz doelgroep heeft als gezegd steeds deel uitgemaakt van de totale groep verzekerden voor wie toegangscriteria tot de Wlz ontwikkeld moesten worden. In een eerdere versie van het afwegingskader is dit ook opgenomen: *"Tijdens de uitwerking van voorliggend afwegingskader is duidelijk geworden dat de afwegingscriteria voor verzekerden met psychische stoornissen niet wezenlijk anders hoeven te zijn"*. Wij ontvingen sindsdien geen enkele aanwijzing dat er argumenten zijn om op deze zienswijze terug te komen.

Het besluit om deze groep niet te includeren roept vragen op bij ons. Het baart ons ook zorgen omdat de gewenste duidelijkheid voor cliënten verder wordt vertraagd. Er ontstaat bovendien een ongelijke situatie voor verzekerden die vanwege het overschrijden van de driejaargrens (behandeling in de Zvw) wel – op administratieve gronden – toegang krijgen tot de Wlz en verzekerden die met dezelfde stoornis en beperkingen niet aan de administratieve eisen voldoen en geen toegang krijgen.

Wij zijn daarbij van mening dat de toegang tot de Wlz voor de groep cliënten met (zware) chronische psychiatrische problematiek die het risico lopen om zich maatschappelijke te gronde te richten ook raakt aan de discussie rondom verwarde mensen. Opening van de Wlz voor deze groep is een niet onbelangrijke deeloplossing van verwarde mensen problematiek op straat omdat deze deels gebaseerd is op een 'verkeerde bed situatie'.

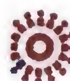
Graag ontvangen wij een toelichting van het Zorginstituut op het besluit om ggz cliënten niet te includeren. In uw brief stelt u dat het onderzoek door HHM het eerdere beeld bevestigt dat het onmogelijk is om vast te stellen dat psychiatrische problematiek blijvend en onomkeerbaar is. Uw stelling wordt daarbij niet onderbouwd en het onderzoek van HHM geeft die conclusie niet. HHM doet slechts een aanbeveling tot verder onderzoek naar de beoordeling van het aspect 'blijvend' in relatie tot mensen met een psychische stoornis, waarbij ze zelf al een definitie van het aspect 'blijvend' heeft opgenomen die ruimte biedt, passend bij de situatie van ggz cliënten.

In de bijlage bij deze brief geven wij een korte inhoudelijke reactie op het afwegingskader. Wij volgen daarin niet precies de vragen die u in uw consultatiedocument gesteld heeft. Uw besluit om de ggz niet op te nemen in het afwegingskader maakt het voor ons niet zinvol om al uw vragen te beantwoorden.

Wij hebben in aanvulling op deze brief de staatssecretaris van VWS verzocht om op korte termijn met ons in overleg te treden om met spoed uitvoering te geven aan de gemaakte werkafspraken over de toegang tot de Wlz.

Met vriendelijke groet,

mevrouw drs. J.D.C. Geel	A.P.B.M. van Tuijn	drs.J.P. Laurier
voorzitter GGZ Nederland	voorzitter RIBW Alliantie	voorzitter Federatie Opvang



GGZNEDERLAND FEDERATIE opvang RIBW ALLIANTIE zorgorganisaties voor maatschappelijke ggz KENNIS DELEN EN ONTWIKKELEN

BIJLAGE

Inhoudelijke opmerkingen bij het Afwegingskader Toegang Wet Langdurige Zorg van Zorginstituut Nederland

GGZ Nederland, de RIBW Alliantie en de Federatie Opvang hebben inhoudelijke opmerkingen over achtereenvolgens de totstandkoming van het afwegingskader, de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, de definities c.q. omschrijvingen van bepaalde termen en de risico's.

1. Totstandkoming afwegingskader

Het afwegingskader is degelijk tot stand gekomen en goed onderbouwd. Het onderzoek heeft geleid tot een generiek afwegingskader welke inhoudelijk gezien bruikbaar en gevalideerd is voor de ggz doelgroep. De werkwijze, waarbij bouwstenen zijn verzameld uit data, literatuur, instrumenten en gesprekken met wetenschappers en professionals, heeft geleid tot een goede basis voor het ministerie van VWS en het CIZ om zorgprofielen en beleidsregels voor indicatiestelling te ontwikkelen.

2. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

Zoals HHM en het Zorginstituut zelf ook constateren is de betrouwbaarheid van het gehanteerde kader tussen indicatiestellers onderling nog niet voldoende. In een substantieel deel van de beoordeelde gevallen kwamen de indicatiestellers in het onderzoek tot een ander oordeel voor dezelfde verzekerde met betrekking tot de toegang tot de Wlz. Ook bij de indicatiestelling voor de Awbz tot 2015 constateerden zorgaanbieders dat indicaties voor gelijke gevallen verschillend konden uitpakken. Toen is al geconstateerd dat het hebben van voldoende specifieke deskundigheid, met name op het terrein van ggz problematiek, maar ook in geval van verzekerden met meerdere stoornissen en grondslagen, cruciaal is voor een betrouwbare en zorgvuldige toegangsbeoordeling voor zorg. Voldoende en voortdurende (bij)scholing van indicatiestellers is noodzakelijk, evenals intervisie en casuïstiekbesprekingen, zoals de onderzoekers ook aanbevelen. Het actief betrekken van familie of onafhankelijke cliëntenondersteuners van verzekerden met ggz problematiek bevelen wij aan om op te nemen in de indicatiestellingsprocedure. Op die manier kan de indicatiesteller een vollediger beeld van de problematiek en de beperkingen krijgen.

3. Definities en omschrijvingen van begrippen

<u>Blijvende behoefte</u>
De gehanteerde definitie van 'blijvende behoefte' van de verzekerde aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, is in het afwegingskader voorzien van de interpretatie: 'van niet voorbijgaande aard binnen afzienbare tijd'. Wij vinden dat dit een voor de praktijk werkbare uitleg van het begrip 'blijvend' is. Het streven naar honderd procent zekerheid dat een verzekerde op geen enkele wijze ooit geen behoefte zal hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, is niet realistisch. De voorgestelde interpretatie biedt daarvoor een oplossing.

Ernstig nadeel
De in het rapport gebruikte definitie van ernstig nadeel is ook voor verzekerden met ggz problematiek toepasbaar.
Het afzien van het hanteren van dominante grondslagen en externe omgevingsfactoren in het afwegingskader zorgt ervoor dat voor verzekerden met ggz of gecombineerde problematiek minder formele en administratieve uitsluitingsgronden ontstaan, zoals in de Awbz nog wel voorkwam.

4. Risico's

Het feit dat de zorg voor verzekerden met ggz problematiek op dit moment verdeeld is over verschillende wettelijke kaders (Wmo2015, Wlz, Zvw, Wfz, Jeugdwet) betekent dat bezien moet worden waar zich ongewenste prikkels voordoen die de mogelijkheid bieden voor strategisch gedrag van zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders en cliënten. Het voorkomen van kosten voor langdurige zorg zal bij financiers een prikkel vormen voor strategisch gedrag. Hetzelfde geldt voor cliënten en zorgaanbieders die toevlucht zullen willen zoeken tot een wettelijke kader dat zoveel mogelijk garanties op langdurige zorg geeft.

We adviseren daarom twee zaken:
-beperk voor ggz cliënten de indicatieduur voor de eerste indicatie tot de Wlz tot drie jaar,
-breng de consequenties (waaronder de financiële) in kaart bij toepassing van het afwegingskader voor de verzekerden met ggz problematiek.



Zorginstituut Nederland
Afd. Pakket
t.a.v. Mw. mr. M. van der V-H.

Datum	13 april 2015	**Contact**	
Ons kenmerk	B13042015MM	**Telefoon**	
Onderwerp	**Bestuurlijke consultatie afwegingskader toegang Wlz**	**E-mail**	

Geachte mevrouw Van der V-H.,

Allereerst danken wij u voor deze consultatie en de mogelijkheid om deel te nemen aan de klankbordgroep gedurende het onderzoek. De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) heeft altijd gepleit voor een eenduidige, onafhankelijke toegangsbepaling tot de Wlz. Het afwegingskader speelt hierin een cruciale rol. We reageren daarom graag op het concept dat HHM in uw opdracht heeft ontwikkeld.

1. Operationalisering van de wettelijke toegangscriteria

De VGN hecht erg aan een onafhankelijke toegangsdrempel voor de Wet langdurige zorg (Wlz), die waarborgt dat de meest kwetsbare mensen uit onze samenleving, zolang dat nodig is, passende zorg krijgen. Wie die meest kwetsbare mensen zijn, is eerder vastgelegd in het Zorgakkoord van april 2013 en het begrotingsoverleg van april 2014. Deze afbakening is vervolgens wettelijk vertaald in de toegangscriteria van de Wlz. Het nieuwe afwegingskader zou de operationalisering van die afspraken moeten zijn. En of dit zo is, daar kunnen wij op basis van het huidige rapport geen uitspraak over doen.

Uw conclusie dat het afwegingskader technisch werkt, geeft geen antwoord op de vraag of de toegangsdrempel de juiste mensen toegang geeft tot de Wlz. Er is immers niet getoetst of de zorgzwaarte van de mensen die door de toegangsdrempel komen, matcht met de afbakening die is vastgelegd in het Zorgakkoord. Voor de gehandicaptenzorgsector zouden bijvoorbeeld mensen met een zorgzwaarte die vergelijkbaar is met een ZZP VG4 of LG2 wel toegang moeten krijgen tot de Wlz en mensen met een zorgzwaarte die vergelijkbaar is met een ZZP VG2 of LG 3 niet. De zorgprofielen in de huidige Wlz zijn afgestemd op die afbakening en het afwegingskader moet hier op aansluiten. Zonder die inhoudelijke toets heeft het afwegingskader wat ons betreft geen waarde in het beoordelen van de toegang tot de Wlz. Wij vragen u daarom alsnog die inhoudelijke toets uit te voeren of dit als extra aanbeveling op te nemen in uw advies aan de staatssecretaris.

Oudlaan 4
3515 GA Utrecht
Postbus 413
3500 AK Utrecht

www.vgn.nl
E info@vgn.nl
T 030-27 39 300
F 030-27 39 387

Rabobank 33.10.21.005
BTWnr. 80.47.42.534.B.01
KvK Utrecht 40483210

2. Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid
De maatregelen die u voorstelt, lijken ons op het eerste gezicht voldoende.

3. Blijvendheid
Wij zijn het eens met de interpretatie van het begrip 'blijvend' die u in uw brief geeft. De vervolgvraag is natuurlijk hoe 'binnen afzienbare tijd' verder wordt ingevuld. Als VGN vinden we het belangrijk dat de Wlz het stelsel wordt voor de echte langdurige zorg. Bij de beoordeling moet de prognose dus levenslang en levensbreed zijn.

Op dit moment zien we dat er een gat is tussen vormen van zorg met verblijf in de oude AWBZ en de nieuwe stelsels. Meer kortdurende behandeltrajecten met verblijf van 2 tot 3 jaar passen mogelijk niet meer in de Wlz, omdat de zorgbehoefte niet blijvend is. Door het intensieve behandeltraject nemen de beperkingen juist af. Bijvoorbeeld behandeltrajecten voor mensen met niet aangeboren hersenletsel die hun revalidatietraject hebben afgerond, maar nog niet klaar zijn om weer (begeleid) zelfstandig te gaan wonen. Of voor jongeren met een zintuiglijke beperking die in de pubertijd ontsporen, maar na een intensief behandeltraject, waarbij ze in een instelling verblijven, weer terug naar huis kunnen. In alle gevallen gaat het hier om intensieve zorgtrajecten waarbij verblijf in een instelling noodzakelijk is, maar waar de Wlz inhoudelijk gezien in verband met de blijvendheid mogelijk niet het bestpassende stelsel is. Om ongewenste instroom in de Wlz te voorkomen, is het belangrijk om binnen de andere stelsels (Wmo 2015, Jeugdwet, Zorgverzekeringswet) andere relatief kortdurende vormen van (behandel)zorg met verblijf mogelijk te maken.

4. 24 uur zorg in de nabijheid
De VGN kan zich goed vinden in de omschrijving van '24 uur zorg in de nabijheid' uit de beleidsregels indicatiestelling 2015. Deze omschrijving geeft het onderscheid met permanent toezicht duidelijker weer, dan de omschrijving in de Memorie van Toelichting. Bovendien sluit het begrip uit de beleidsregels indicatiestelling 2015 ook beter aan bij hoe hier invulling aan gegeven werd in de AWBZ. Mogelijk wordt de verwarring verminderd als in de omschrijving wordt toegevoegd dat dit nodig is om ernstig nadeel voor de cliënt te voorkomen.

5. Mantelzorg
U refereert in uw brief aan het feit dat er tijdens het onderzoek van verschillende kanten kritiek was op het feit dat het afwegingskader geen rekening houdt met de aanwezigheid van mantelzorgers. U noemt hierbij een voorbeeld uit de ouderenzorg, waar dit signaal nadrukkelijk naar voren kwam. Ook vanuit de psychiatrie kwam de zorg dat het niet meewegen van mantelzorg leidt tot ongewenste instroom in de Wlz. Ondanks het feit dat dit geen onderwerp van consultatie is, zetten we hier graag het beeld van de gehandicaptenzorg naast.

In de gehandicaptenzorg zijn het namelijk niet de partners die mantelzorg bieden, maar meestal de ouders. Bijvoorbeeld ouders die hun ernstig meervoudig beperkte kind graag zo lang mogelijk thuis willen laten wonen. Om dit te kunnen regelen en vol te houden, hebben zij vaak met veel moeite een combinatie weten te vinden van Wlz zorg (begeleiding, behandeling, persoonlijke verzorging, verpleging en gespecialiseerde logeeropvang) en mantelzorg. Bij deze ouders, bij wie de morele druk al zo hoog is, werkt het averechts om de mantelzorg mee te wegen in het afwegingskader Wlz. Deze kinderen horen qua zorgzwaarte in de Wlz. Dit heeft de staatssecretaris ook meerdere malen bevestigd. Zij moeten op basis van hun beperkingen (los van hun omgeving) beoordeeld worden bij de toegang Wlz, en niet door de bovengebruikelijke, extra mantelzorg die ouders inzetten, gedwongen worden bij de gemeente aan te kloppen. Als deze kinderen toegang krijgen tot de Wlz, wordt bij de beoordeling van de zorg die nodig is uiteraard wel gekeken naar wat de mantelzorger wil bijdragen. Hierin wijkt de gehandicaptenzorg dus af van de GGZ en de ouderenzorg, waar overigens tijdens het onderzoek ook consensus over was.

6. *Specifieke groepen*
Aanvullend op de bovenstaande punten, delen we graag onze zorgen met u over specifieke groepen in de gehandicaptenzorg. Tijdens het onderzoek is vanuit de VGN meerdere malen aangegeven dat de vragen die gesteld worden bij de vaststelling van het functioneren en het bepalen van 'ernstig nadeel', niet aansluiten bij de kinderen die vanuit de gehandicaptenzorg qua zorgzwaarte passen bij de Wlz. Zo wordt als onderdeel van het beoordelen van het cognitief functioneren gekeken: 'In hoeverre is de verzekerde in staat zich te redden in winkels en openbare voorzieningen'. Dit is slechts een van de vele voorbeelden. De VGN maakt zich grote zorgen of kinderen, van wie eerder is vastgesteld dat ze qua zorgzwaarte passen in de Wlz, ook daadwerkelijk met dit afwegingskader toegang krijgen tot de Wlz. We pleiten daarom voor experimenteerruimte om een aparte beoordeling voor kinderen in te richten. Hier is wat ons betreft een apart onderzoek voor nodig, waar wij uiteraard graag deel aan nemen.

Verder missen we in de vaststelling van het functioneren de onderdelen die inzicht geven in de auditieve, communicatieve en visuele beperkingen van mensen met een zintuiglijke beperking. Een goede beoordeling van deze groep mist in dit afwegingskader. Daarnaast vragen we extra aandacht voor mensen met niet aangeboren hersenletsel (NAH). Deze kwetsbare groep mensen wordt in de beleidsregels niet expliciet benoemd als subgroep binnen de grondslag lichamelijke handicap (LG). Dit kan tot ongewenst gevolg hebben dat zij er bij de eerste stap van het afwegingskader onterecht uitvallen.

7. Monitoren
De Wlz is als nieuw stelsel ontstaan in een van de grootste hervormingsoperaties van de langdurige zorg. Iedereen heeft er belang bij om de huidige afbakening die is gekozen voor de groep die een beroep mag doen op de Wlz, in stand te houden. Ongewenste instroom moet worden tegengegaan en het afwegingskader speelt hierin een belangrijke rol. We adviseren daarom om zorgvuldig monitoren nadrukkelijk als aanbeveling op te nemen in uw advies aan de staatssecretaris. Als er (na de inhoudelijke toets en eventuele bijstellingen) een afwegingskader is, dat aansluit bij de afgesproken afbakening uit de Zorgakkoorden, moet deze goed gemonitord worden. Wat is het effect van het afwegingskader en waar is bijstelling nodig?

Tot slot danken we u nogmaals voor deze consultatie. We hopen dat u onze aanbevelingen meeneemt in uw rapport aan de staatssecretaris en lichten deze indien gewenst graag nog persoonlijk toe.

Met vriendelijke groet,

J. (Hans) Schirmbeck
Directeur



Zorginstituut Nederland
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Oosterhout, 14 april 2015 Kenmerk: HB/LH/150414

Betreft: Bestuurlijke consultatie afwegingskader toegang WLZ

Geachte mevrouw Van der V.,

Aanleiding

Met ingang van 1 januari 2015 is de Wet Langdurige Zorg in werking getreden. Met de invoering van deze wet is ook noodzakelijk gebleken om een passend afwegingskader te formuleren om de toegang tot de WLZ te kunnen bepalen. Op basis van de eerdere bijeenkomsten en uw consultatieverzoek geven wij hieronder onze reactie op het voorgestelde afwegingskader weer.

Visie BTN

BTN ondersteunt de ontwikkeling dat zorg steeds meer in de eigen omgeving van de cliënt wordt ingevuld. Hierbij is BTN van mening dat verpleeghuiszorg ook zoveel als mogelijk thuis geboden kan, en dient, te worden. Als de zorg dusdanig zwaar wordt dat de grenzen hierin bereikt zijn, is het van groot belang dat er passende mogelijkheden zijn waar mensen deze zware zorg kunnen ontvangen. De voorkeur van de cliënt dient leidend te zijn bij de vraag waar, en op welke manier, men zorgt ontvangt. Hierbij moet de financiering of een eventuele overgang tussen de verschillende domeinen geen belemmering vormen.

Hoewel geen direct onderdeel van deze consultatie, omdat het om een bepaling in de wetstekst gaat, wil BTN toch benadrukken dat de sociale omgeving en context van een cliënt erg belangrijk is. Op dit moment wordt de omgeving en eventuele aanwezigheid van mantelzorg wel meegenomen binnen de Wmo en Zvw, maar blijft dit buiten beschouwing in de afweging of WLZ zorg aan de orde is. Zoals in het onderzoek ook aangegeven hebben CIZ onderzoekers behoefte aan meer uitleg over hoe mantelzorg moet worden meegenomen en wat zij in hun afweging mee moeten nemen vanuit andere domeinen. Dit leidt in de praktijk op dit moment tot afschuif gedrag tussen de domeinen omdat men niet precies weet wat voorliggend is en wat niet. Van groot belang is dat dit in de praktijk goed wordt gemonitord en waar mogelijk verder verhelderd.

Wat betreft de WLZ is BTN daarom erg blij met de mogelijkheden van een VPT en MPT. Dit geeft cliënten de ruimte om, ondanks dat zij op WLZ zorg zijn

BTN ondersteunend in belangenbehartiging

aangewezen, deze zorg zelf in te vullen op een manier die bij zijn/haar specifieke situatie past.

Omdat de Wet Langdurige Zorg nieuw is binnen het Nederlandse zorgstelsel acht BTN het van groot belang dat voor de verdere ontwikkelingen van zowel de zorgprofielen als dit afwegingskader, ervaringen uit de praktijk goed worden meegenomen. Op basis van de praktijkervaring van cliënten, zorgaanbieders maar ook het CIZ kan het afwegingskader verder geoptimaliseerd worden zodat het voldoet aan de vraag uit het veld.
Dit maakt ook dat BTN er voor pleit dat het afwegingskader zoals nu voorligt voldoende ruimte moet bieden voor maatwerk en afwijken indien wenselijk voor een specifieke situatie. Hierbij kunnen zorgaanbieders een belangrijke rol spelen omdat zij dicht bij de cliënt staan en een goed beeld hebben van de zorgvraag.

Consultatievragen

Als geheel kan BTN zich goed vinden in het voorgestelde afwegingskader WLZ. Het afwegingskader lijkt een goede uitwerking van de huidige wetstekst. Zoals eerder aangegeven acht BTN het wel van groot belang dat tussentijdse toetsing plaats vindt en ervaring uit de praktijk wordt meegenomen. Omdat het een nieuwe wet betreft zijn er weinig referentiekaders uit het verleden of uit andere domeinen. De Permanentieschaal van het VAPH sluit in grote mate aan maar is ook niet geheel passend op specifieke details. In het proces van optimalisering van het kader ziet BTN een belangrijke rol voor het veld, de cliënten en zorgaanbieders.

Hieronder geeft BTN een reactie op de specifiek gestelde consultatievragen:

Bent u het eens met de constatering dat het afwegingskader een goede operationalisering van de wettelijke toegangscriteria is?
Ja, BTN ziet het afwegingskader als een goede operationalisering van de wettelijke toegangscriteria. Hierbij stelt BTN wel vragen bij het feit dat hierbij de sociale context en omgeving van de cliënt niet wordt meegenomen terwijl dit binnen de andere domeinen wel het geval is.

Zijn de genoemde maatregelen voldoende om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te verbeteren? Wat kan hier eventueel nog aan bijdragen?
Tijdens de ontwikkeling van het afwegingskader is een beperkt aantal cliënten, namelijk 139, geselecteerd om dubbel te worden gescoord. Daarbij is de uitkomende score van vergelijkbaarheid beperkt gebleven. Dit betekent dat er mogelijk nog veel verschillende interpretaties van het afwegingskader zullen plaatsvinden. Om dit tot een minimum te beperken worden frequente casuïstiekbesprekingen, intervisie en intercollegiale toetsing/review voorgesteld. BTN vraagt zich af hoe dit er in de praktijk uit zal zien, en of dit ook betekent dat cliënten, dan wel zorgaanbieders, mogelijk dubbel zullen worden bevraagd? BTN ziet het gesprek met cliënt, omgeving of zorgaanbieder namelijk wel als belangrijk onderdeel om te komen tot een passende afweging. Dit maakt in sommige gevallen dat een andere afweging wordt gemaakt dan op basis van de beschikbare, feitelijk informatie zou worden gemaakt.

Bent u het eens met de interpretatie van het begrip 'blijvend' zoals beschreven? Ziet u daarbij risico's op ongewenste instroom van de WLZ?



BTN acht het goed dat er bij de term 'blijvend' gekeken wordt naar een situatie waarvan kan worden gesteld dat de situatie niet binnen afzienbare tijd verandert. In sommige gevallen is niet altijd duidelijk te stellen dat de situatie blijvend is maar is intensieve WLZ zorg wel op zijn plaats. Hiermee kan dan ook worden voorkomen dat mensen uiteindelijk meer of langduriger zorg nodig hebben.

BTN voorziet hiermee geen risico's op ongewenste instroom in de WLZ. Op dit moment zitten we in een transformatieproces waarbij alle partijen meer gaan kijken naar de zelfredzaamheid van cliënten en burgers. Zorgaanbieders evalueren de zorg voor een cliënt in een continu proces, in overleg met de cliënt. Op het moment dat hieruit blijkt dat de zorgvraag is afgenomen, of de cliënt meer zelfredzaam is geworden zal de zorgindicatie hier ook op worden bijgesteld.

Bent u het eens met de suggestie de term '24 uur per dag zorg in de nabijheid' te verduidelijken door strikter aan te sluiten bij de tekst in de Memorie van Toelichting van de wet?
Wat BTN betreft volstaat de beschrijving van wat ' 24uur per dag in de nabijheid' is zoals beschreven in het afwegingskader. Inhoudelijk komt dit overeen met wat in de Memorie van Toelichting van de wet is beschreven. Om misverstanden te voorkomen zou deze tekst meer letterlijk kunnen worden overgenomen maar onzes inziens leidt de huidige beschrijving niet tot een bredere toegang tot de WLZ. Daarbij geldt ook hier dat BTN van menig is dat er sprake moet kunnen zijn van maatwerk, afhankelijk van de specifieke cliëntsituatie. Uiteraard altijd binnen het kader van de wet.

Wij hopen u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. BTN blijft graag betrokken bij het verdere proces van ontwikkeling van de zorgprofielen en optimalisering van het afwegingskader WLZ.

Indien u vragen heeft over deze reactie, kunt u contact opnemen met ondergetekende.

Met vriendelijke groet,
Namens BTN

Drs. H. Buijing
Bestuurder a.i.

Branchebelang Thuiszorg Nederland: Postbus 4050, 4900 CB Oosterhout T 0162 - 46 00 77 F 0162 - 43 44 00 E info@branchebelang-thuiszorg.nl
I www.branchebelang-thuiszorg.nl IBANnr. NL61RBRB0790028336 KvKnr. 40284816 BTWnr. NL80.60.44.470



LANDELIJK STEUNPUNT
MEDEZEGGENSCHAP

Zorginstituut Nederland
Mevrouw M. van der V.

Utrecht, 15 april 2015

Betreft: Reactie op het wegingskader Wlz

Geachte mevrouw van der V.,

Het LSR stelt het zeer op prijs dat wij via deze bestuurlijke consultatie in de mogelijkheid worden gesteld om een reactie te geven op het afwegingskader toegang Wlz.

Het LSR sluit zich aan bij de ingezonden reacties van Ieder(in) en de LPGGZ. We verwijzen verder dan ook naar de reacties van deze organisaties.

Vanuit het deelnemerschap van het LSR aan de klankbordgroep afwegingskader stelt u ons een viertal vragen.
Hieronder treft u onze reactie aan op deze vragen:

1. Bent u het eens met de constatering dat het afwegingskader een goede operationalisering van de wettelijke toegangscriteria is?
Ja, het LSR kan zich hierin vinden.

2. Zijn de hier genoemde maatregelen naar uw mening voldoende om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te verbeteren?
Ja, waarbij we aansluiten bij de opmerking van Ieder(in)

3. Bent u het eens met de interpretatie van het begrip 'blijvend' zoals is aan gegeven onder punt 3 van de begeleidende brief van het Zorginstituut? Ziet u daarbij risico's op ongewenste instroom in de Wlz?
Het begrip 'binnen afzienbare tijd' is voor meerdere interpretaties vatbaar, het LSR vraagt zich af of dat wenselijk is.
Het LSR verwacht niet dat de begripsduiding zal leiden tot een grotere instroom dan in de Wlz bedoeld is.

Postadres [illegible] • Bezoekadres [illegible]
[illegible] • Helpdesk [illegible]
[illegible]

4. Bent u het eens met de suggestie de term '24 uur per dag zorg in de nabijheid 'te verduidelijken door strikter aan te sluiten bij de tekst in de Memorie van Toelichting van de wet?
Nee, we sluiten hierbij aan bij de reactie van Ieder(in): ' wij vinden het een volstrekt juiste formulering van de praktische situatie waarmee men te maken heeft die naar onze mening ook van toepassing is op de praktijken in de intramurale zorg' .

Met vriendelijke groet,

drs. ing. Jasper Boele
directeur/bestuurder LSR

[redacted]

H., A.M.

Van: Zakelijkzorg
Verzonden: woensdag 15 april 2015 14:52
Aan:
Onderwerp: FW: Bestuurlijke consultatie afwegingskader Wet langdurige zorg
Urgentie: Hoog

Ter info.

Met vriendelijke groet,

Mevr. Jaime Jeremias
Secretarieel medewerker
....
Zinnige Zorg en Projecten en Ondersteuning
Sector Zorg
Zorginstituut Nederland
Eekholt 4 | 1112 XH | Diemen
Postbus 320 | 1110 AH | Diemen
....
T +31 (0)20 797 80 88
F +31 (0)20 797 85 00
zinnigezorg@zinl.nl
jjeremias@zinl.nl
http://www.zorginstituutnederland.nl
....
Aanwezig op: maandag, dinsdag, woensdag, donderdag en vrijdag

---

Van:
Verzonden: woensdag 15 april 2015 14:50
Aan: Zakelijkzorg
Onderwerp: FW: Bestuurlijke consultatie afwegingskader Wet langdurige zorg

Geachte mevrouw Van der V -Helder en/of mevrouw J.
Bijgaand ontvangt u onze reactie op uw vragen over het afwegingskader.
Vraag aan betrokken partijen:

1. *Uw vraag: Bent u het eens met de constatering dat het afwegingskader een goede operationalisering van de wettelijke toegangscriteria is?*
   antwoord: u heeft een uitgebreide literatuurstudie gedaan, een analyse gepleegd op 40.000 B-formulieren en het afwegingskader nog eens toegepast op 1.300 geïndiceerden met een ZZP en extramurale indicatie. Daarmee heeft u een wetenschappelijk goede onderbouwing gemaakt. De praktijk zal nieuwe informatie geven over wie wel en wie niet tot de Wlz toegang krijgt. Het is deze praktijk die zal gaan uitwijzen of het een goede operationalisering is. Vooralsnog gaan we ervan uit dat het een bruikbare operationalisering is.
   Onze zorg gaat uit naar:
   1. mensen die geen regieproblemen hebben en die toch blijvend zorg in de nabijheid nodig hebben. Deze levenslange zekere vraag naar intensieve zorg hoort bij de WLZ, maar het is ons onduidelijk wie van deze mensen wel en geen toegang krijgt.
   2. We hebben begrepen dat het instrumentarium Kindproof is, dus dat het afwegingskader voldoende houvast biedt om na te gaan of kinderen wel of geen toegang tot de Wlz krijgen. Onduidelijk blijft hoe de ouderplicht doorwerkt in de toegang tot de Wlz voor kinderen. Wanneer is de bovengebruikelijke zorg voldoende zwaar om toegang te krijgen en wanneer niet.
   3. Ook zou het afwegingskader GGZ-proof zijn. Dat verheugt ons, omdat daarmee mensen

met psychiatrische problematiek met een levenslange zorg en toezichtvraag in het afwegingskader toegang kunnen krijgen.

2. *Uw vraag: Zijn de hier genoemde maatregelen naar uw mening voldoende om de interbeoordelaars betrouwbaarheid te verbeteren?*
   Antwoord: ja
   uw vraag 2b: Heeft u nog suggesties voor andere maatregelen die hieraan bij kunnen dragen?
   Antwoord: Uw suggestie om periodiek te toetsen is belangrijk. Analyse van mensen die het niet eens zijn met een beslissing om de toegang tot WLZ te weigeren, kunnen extra onderdeel zijn van betrouwbaarheid. Een tweede aandachtspunt is extra analyse op welke punten de interbeoordelaars betrouwbaarheid uiteen lopen.

3 *Uw vraag: Bent u het eens met de interpretatie van het begrip 'blijvend' zoals aangegeven in de brief?*
   Antwoord: ja
   uw vraag 3b: Ziet u daarbij risico's op ongewenste instroom in de Wlz?
   Antwoord: nee
   Zo ja, welke maatregelen zijn dan nodig?

4. Uw vraag: *Bent u het eens met de suggestie de term '24 uur per dag zorg in de nabijheid' te verduidelijken door strikter aan te sluiten bij de tekst in de Memorie van Toelichting van de wet?*
   Antwoord: uw vraag is lastig te beantwoorden als niet duidelijk is wat *strikter* inhoudt. Ook wij zien dat een zeer strakke toepassing van de tijdsaanduiding van 24 uur niet zal werken. Vooralsnog is uw suggestie de moeite waard om uit te werken. Met name de combinatie wel eigen regie hebben en 24 uur zorg per dag nodig hebben vraagt aandacht.

5. U geeft aan dat: " *Ook de werkzaamheid van het afwegingskader voor mensen met psychiatrische problematiek betrekken we niet in deze consultatie. Bij het onderzoek is deze groep wel meegenomen, maar het Zorginstituut is van mening dat uit de resultaten van het onderzoek nog niet kan worden geconcludeerd dat toepassing van het afwegingskader leidt tot de best passende zorg voor de verschillende subgroepen in de GGZ. In de expertmeetings die het departement in de voorbereiding van de wet (toen nog de Wet Llz) heeft georganiseerd, bleek dat het onmogelijk is om vast te stellen dat psychiatrische problematiek blijvend en onomkeerbaar is, en herstel of verbetering is uitgesloten. Dit beeld is bevestigd tijdens het onderzoek naar het afwegingskader.*"
   Ons antwoord: we blijven in de praktijk zien dat er mensen zijn die wel blijvend/levenslang aangewezen zijn op toezicht. Wij vinden dat deze groep toegang tot de Wlz moet hebben en verwachten dat het CIZ toegangscriteria toepast die deze mensen toegang zal geven tot de Wlz. In plaats van levenslange toegang zou een periodieke herindicatie eventueel van toepassing zijn, net als bij volwassenen met een een grondslag lichtverstandelijke beperking.

Als er vragen zijn, hoor ik het graag.
Met vriendelijke groet,
Aline Saers

Van: Zakelijkzorg [mailto:Zakelijkzorg@zinl.nl]
Verzonden: vrijdag 27 maart 2015 17:08
Aan: Voort, I. van der
Onderwerp: Bestuurlijke consultatie afwegingskader Wet langdurige zorg
Geachte heer, mevrouw,
Bijgaand treft u een brief aan uw bestuur met consultatievragen over het afwegingskader voor toegang tot de Wet langdurige zorg. Beide documenten zijn ook per post naar uw organisatie onderweg.
Wij verzoeken u uiterlijk 15 april 2015 uw reactie aan ons te doen toekomen.
Hoogachtend,
namens mw. M.M. van der V- H,

Mw. Jaime Jeremias
Secretarieel medewerker

16-04-2015

Zinnige Zorg en Projecten en Ondersteuning
Sector Zorg
Zorginstituut Nederland
Eekholt 4 | 1112 XH | Diemen
Postbus 320 | 1110 AH | Diemen

T +31 (0)20 797 89 59
F +31 (0)20 797 85 00
tjeremias@zinl.nl
http://www.zorginstituutnederland.nl

Aanwezig op: maandag, dinsdag, woensdag, donderdag en vrijdag

---

H-, A.M.

Van:
Verzonden: donderdag 16 april 2015 13:35
Aan:
Onderwerp: Fwd: reactie bestuurlijke consultatie afwegingskader toegang Wlz

Verstuurd vanaf mijn iPad

Begin doorgestuurd bericht:

Van:
Datum: 16 april 2015 13:31:33 CEST
Aan: "'Voort, I. van der'" <IVoort@zinl.nl>
Onderwerp: Antw.: reactie bestuurlijke consultatie afwegingskader toegang Wlz

Dag I ,
Hieronder onze reactie:

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid:

<!--[if !supportLists]-->1. <!--[endif]-->Tijdens de voorbesprekingen over het afwegingskader werd verteld dat er altijd 2 mensen betrokken zijn bij een Wlz aanvraag. In uw aanbeveling staat dat het Zorginstituut het nodig acht in zoveel mogelijk gevallen een tweede beoordelaar mee te laten beslissen over een Wlz aanvraag. Wij pleiten voor de tekst 'in alle gevallen'. De Wlz is nieuw, maar ook het hele veld om de Wlz heen ziet er de komende jaren heel anders uit, dus het is belangrijk om een uniforme en objectieve beoordeling van een Wlz aanvraag te organiseren.
<!--[if !supportLists]-->2. <!--[endif]-->In het afwegingskader staat dat er in veel gevallen persoonlijk contact nodig is tussen CIZ onderzoeker en de cliënt. Naar onze mening zou dit in alle gevallen zo moeten zijn.

Gebruik van de term 'blijvend'

<!--[if !supportLists]-->1. <!--[endif]-->Eens, met de kanttekening dat er voor de GGZ wellicht een betere oplossing gevonden moet worden, maar daar krijgt u vanuit de GGZ input over.
<!--[if !supportLists]-->2. <!--[endif]-->Geen risico op ongewenste instroom, wel risico op beperken uitstroom: mensen voor wie het, door hun sociale omgeving, mogelijk is met minder zorg thuis te wonen, kunnen geweigerd worden door de gemeente voor ondersteuning uit de Wmo. Dit heeft met name gevolgen voor de eigen bijdragen van cliënten.

'24 uur per dag zorg in de nabijheid' strikter aan laten sluiten bij de Memorie van Toelichting van de Wet

<!--[if !supportLists]-->1. <!--[endif]-->Klinkt aannemelijk dat zo te doen, verwarring voorkomen. Ik heb echter geen gelegenheid nu die tekst erbij te pakken.

Als er vragen zijn dan kunt u uiteraard contact met mij opnemen.

Hartelijk groet en excuus voor het laat aanleveren,
Margo

Met vriendelijke groet,
Margo Brands | sr. beleidsmedewerker

Samen de zorg beter maken

m.brands@npcf.nl Aanwezig op maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag | T 030 297 03 03 | M 06 207 407 16
Churchilllaan 11 -6, 3527 GV | Postbus 1539, 3500 BM Utrecht |www.npcf.nl

-----Oorspronkelijk bericht-----
Van:
Verzonden: donderdag 16 april 2015 11:58
Aan:
Onderwerp: Re: reactie bestuurlijke consultatie afwegingskader toegang Wlz

Geachte mevrouw B ,

Ja. Het zou fijn zijn als dat voor 14 u lukt, want dan bespreken we de reacties.

Met vriendelijke groet,
Ineke

Verstuurd vanaf mijn iPhone

Op 16 apr. 2015 om 08:56 heeft Margo Brands <m.brands@npcf.nl<mailto:m.brands@npcf.nl>> het volgende geschreven:

Geachte mevrouw Van der V,

Het is mij helaas niet gelukt gisteren een reactie op het afwegingskader te sturen. Excuses daarvoor.
Ik wil dit echter nog wel heel graag doen. Kan ik begin van de middag onze inbreng mailen?

Met vriendelijke groet,
Margo Brands | sr. beleidsmedewerker
<image001.jpg><image002.jpg><https://www.mijnkwaliteitvanleven.nl/doe-mee?utm_source=handtek&utm_medium=e-mail&utm_campaign=kwl>
Samen de zorg beter maken

m.brands@npcf.nl<mailto:m.brands@npcf.nl> Aanwezig op maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag | T 030 297 03 03 | M 06 207 407 16 Churchilllaan 11 -6, 3527 GV | Postbus 1539, 3500 BM Utrecht |www.npcf.nl<http://www.npcf.nl>

<image003.png><image004.png><http://twitter.com/#!/NPCF>
<image005.png><http://www.linkedin.com/groups?gid=2688736&trk=myg_ugrp_ovr>



Landelijk Platform GGz

LPGGz

De landelijke koepel
van patiënten- en
familieverenigingen
en regionale
cliëntenorganisaties
in de ggz

Postadres:
Postbus 13223
3507 LE Utrecht
Bezoekadres:
Maliebaan 87
3581 CG Utrecht

T (030) 236 37 65
E info@platformggz.nl
I www.platformggz.nl

IBAN NL44FVLB0227222598
BTW NL816859590B01
KvK 30213449

Aan het Zorginstituut
t.a.v. de heer A.M. H

Datum: 14 april 2015
Kenmerk: 15-046/nvdw
Onderwerp: bestuurlijke consultatie Afwegingskader toegang Wlz
Informatie bij:

Geachte heer H,

Het LPGGz maakt graag gebruik van de gelegenheid om een bestuurlijke reactie te geven op het concept afwegingskader Wlz. Achtereenvolgens zullen wij ingaan op de positie van de ggz, op de hoofdlijnen van het afwegingskader en op mogelijke effecten van het afwegingskader op het evenwicht binnen het zorgstelsel als geheel.

Positie Ggz
Het LPGGz heeft met verbazing en teleurstelling gereageerd op het feit dat de ggz geen onderdeel uitmaakt van de consultatie voor het afwegingskader Wlz. In de opdracht die aan u door het ministerie van VWS verleend is, is uitdrukkelijk gevraagd de langdurende intramurale ggz in het onderzoek te betrekken. Daarbij is verwezen naar de werkafspraken die ggz-partijen gemaakt hebben met de staatssecretaris van VWS en naar de motie Keijzer-Bergkamp die door de Tweede Kamer is aangenomen.
Bij de ontwikkeling van het afwegingskader door HHM zijn het LPGGz en andere ggz-partijen nadrukkelijk betrokken geweest. Bovendien is de ggz-doelgroep meegenomen bij de validatie van het instrument. Uw conclusie dat het afwegingskader mogelijk niet geschikt is voor de ggz-doelgroep wordt onvoldoende onderbouwd.
Onderdeel van de werkafspraken voor de langdurende intramurale ggz is dat ggz cliënten zo snel mogelijk na het gereed komen van de inhoudelijk criteria voor de Wlz, uitsluitsel krijgen wie van hen toegang tot de Wlz krijgen. Het LPGGz ontvangt nu al zeer regelmatig vragen van mensen die willen weten waar zij aan toe zijn. Een nog langer durende onzekerheid over de positie van de ggz in de Wlz zal leiden tot grote onrust bij cliënten en familie. Tegelijk constateren we dat de blijvende onzekerheid een belemmering vormt voor veldpartijen om broodnodige investeringen in kwaliteit en innovatie en samenwerking over de verschillende zorgdomeinen heen op te pakken.
Graag zien we de achtergrond van uw besluit om mensen met een psychische stoornis buiten deze consultatie te plaatsen verder uitgewerkt. Daarnaast horen wij graag of en zo ja, welke afspraken op dit punt gemaakt zijn met het ministerie van VWS en wat de gevolgen (kunnen) zijn voor het verdere traject van toegang voor de ggz-doelgroep tot de Wlz.

Het afwegingskader
Op hoofdlijnen is het LPGGz positief over het afwegingskader. Wij achten dit afwegingskader ook goed bruikbaar voor de ggz. Belangrijk winstpunt is dat het criterium van risico/gevaar nu expliciet benoemd en geoperationaliseerd is. Dit vormt zoals ook de onderzoekers aangeven de kern van het afwegingskader.



Het LPGGz is tevens positief over de interpretatie van het begrip blijvend als 'van niet voorbijgaande aard binnen afzienbare tijd'. Deze interpretatie achten wij realistisch en werkbaar in de praktijk.
Wij vinden het belangrijk dat naastbetrokkenen en onafhankelijke cliëntondersteuners een belangrijke rol spelen in het indicatieproces. Hun betrokkenheid helpt de indicatiesteller om een realistisch en betrouwbaar beeld te krijgen van de persoon in kwestie en zijn of haar beperkingen. Het LPGGz ziet deze betrokkenheid ook als een belangrijk middel om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te vergroten, naast de voorstellen die de onderzoekers hiervoor al doen.

Implicatie voor het zorgstelsel als geheel
Het LPGGz erkent dat het afwegingskader dat nu voorligt mogelijk kan leiden tot ongewenste instroom in de Wlz door strategisch gedrag van zorgverzekeraars, gemeenten of aanbieders. Ook cliënten en naastbetrokkenen zullen een plek in de WLZ soms misschien te makkelijk als 'veilige, verzekerde haven' verkiezen boven de Wmo. Het feit dat bij de toegang tot de Wlz, in tegenstelling tot bij de Zvw en Wmo, geen rekening wordt gehouden met de inzet van de mantelzorg en informele zorg kan de toestroom naar de Wlz bovendien versterken.
Het LPGGz vindt het belangrijk om deze risico's en de financiële implicaties ervan goed in kaart te brengen. Wij zijn van mening dat op verschillende gebieden maatregelen mogelijk en gewenst zijn om ongewenste instroom in de Wlz te beperken:

- Financieel: door het ombuigen van financiële prikkels in de richting van meer cliëntvolgende zorg en betere samenwerking over de domeinen heen;
- Uitvoering Wlz: door indicaties voor bepaalde tijd mogelijk te maken. De interpretatie van het begrip blijvend als 'van niet voorbijgaande aard binnen afzienbare tijd' impliceert al dat Wlz-zorg niet per definitie levenslang is;
- Zorginhoudelijk: door meer te investeren in behandeling en herstelgerichte zorg bij opnames in de ggz kan de verblijfsduur in het algemeen ingekort worden en zal de groep die eventueel in aanmerking komt voor Wlz-zorg verkleind kunnen worden.

Tot slot
Gezien de onduidelijkheid ten aanzien van de positie van de GGz in het afwegingskader beperkt het LPGGz zich nu tot bovenstaande reactie op hoofdlijnen. Zodra meer duidelijkheid bestaat over de positie van de ggz gaan wij graag nader met u in overleg over het afwegingskader, de implementatie ervan en de gevolgen voor de samenhang in het gehele zorgstelsel.
In samenspraak met GGZ Nederland, RIBW-Alliantie en Federatie Opvang zullen wij de staatssecretaris van VWS ook verzoeken om een overleg op korte termijn ten einde meer duidelijkheid te verkrijgen over de uitvoering van de werkafspraken langdurende intramurale ggz en de motie Bergkamp-Keijzer.

Met vriendelijke groet,

Drs. M.J. ter Avest
directeur

ieder(in)

Zorginstituut Nederland
Mevrouw M. van der V

Onderwerp
Reactie op het wegingskader Wlz

Datum	Referentie	Inlichtingen bij	Bijlagen
13-04-2015	15-0023/MH/RS		1

dames en heren,

Wij danken u hartelijk voor de mogelijkheid om deel te nemen aan de klankbordgroep afwegingskader Wlz. Ieder(in) heeft steeds gepleit voor een onafhankelijke (bij voorkeur levensbrede) indicatie en zijn verheugd dat de onafhankelijke indicatie in de Wlz is blijven bestaan. Uiteraard maakt het afwegingskader hier deel van uit.
Op 26 maart 2015 zond u ons het verzoek om een bijdrage te leveren in het kader van het afwegingskader Wlz.
Eerst gaan we in op de achtergrondstudie en daarna zullen we de vragen beantwoorden die het Zorginstituut in de begeleidende brief aan ons voorlegt.

Reactie op Concept Wlz-afwegingskader
Met veel belangstelling hebben we de achtergrondstudie gelezen. Onze conclusie is dat er gedegen onderzoek is gedaan naar het vaststellen van toegangscriteria voor de Wlz.
In de studie herkennen wij de pogingen om het afwegingskader zo scherp mogelijk af te stellen op toegang voor de doelgroep waarvoor de Wlz is bedoeld. Het gaat hierbij om verzekerden met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap die behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Het afwegingskader bevat informatie die noodzakelijk is om een beslissing te kunnen nemen over de toegang tot de Wlz en tevens ook geldt als onderbouwing van deze beslissing. Het is de bedoeling om het afwegingskader met ingang van 2016 te gaan gebruiken.

Inhoudelijke vragen en opmerkingen
Op pagina 3 wordt melding gemaakt van enkele specifieke groepen verzekerden met een zeer intensieve zorgbehoefte die toegang hebben tot de Wlz zonder aan de toegangscriteria te hoeven voldoen. Uit het schema op blz. 9 leiden we af dat het gaat om

Bezoekadres
Churchilllaan 11
3527 GV Utrecht

Postadres
Postbus 169
3500 AD Utrecht

T 030-720 00 00
E post@iederin.nl
I www.iederin.nl

KvK 30250451
Bank NL93TRIO 025 46 57 605

ieder(in)

de groepen jeugdigen van 18+ die voor hun 18e levensjaar met een behandeling zijn gestart en die deze na hun 18e jaar mogen afmaken. Verder zien wij dat ook de groep verzekerden met psychiatrische problemen die na 3 jaar verblijf een ongewijzigd zorgprofiel hebben zonder beoordeling in de Wlz kunnen blijven.
Vraag: Graag willen wij weten of dit inderdaad de groepen verzekerden zijn die zonder te worden getoetst toegang hebben tot de Wlz of dat er nog meer groepen verzekerden zijn die hieronder vallen?

Op pagina 12 wordt opgemerkt dat in de Wmo en de Zvw centraal staat dat wordt uitgegaan van iemands mogelijkheden. Om toegang tot de Wlz vast te stellen is het noodzakelijk om te inventariseren wat de onmogelijkheden (stoornissen en beperkingen) van verzekerden zijn. In verband hiermee hebben wij al gemerkt dat de Wmo niet naadloos aansluit op de Wlz.
Opmerking: Er moet volgens ons meer aandacht worden besteed aan het duidelijk krijgen van waar de Wmo ophoudt en waar de Wlz begint. In de praktijk blijkt nu dat juist op deze grens eindeloos naar elkaar wordt verwezen zonder dat er iemand onderzoek doet.

Vraag: Houdt het instrument voldoende rekening houdt met de in de het zorgakkoord gemaakt afspraken waarbij bv. mensen met een proef (even oude termen om het helder te maken) VG 1 en 2 niet worden toegelaten tot de Wlz, maar met een ZZP VG 3 wel en bv. een ZZP LG 2 wel (NAH), maar ZZP LG 1 en 3 niet?

Op pagina 13 zien wij het woord grondslaggegevens benoemd. In de hele studie wordt er verder niet meer over grondslagen gesproken.
Vraag: Is het begrip grondslag losgelaten?
Verder staat op pagina 13 dat er voor wat betreft de relevante vragen, vermeld onderaan dezelfde pagina, een antwoord moet worden gevonden op de vragen in termen van 'in hoeverre' en 'het zicht krijgen op de mate van ernst'. Evenals bij de bestaande wijze van indiceren merken wij op dat het hierbij wederom gaat om beoordelingen die voor een deel subjectief zijn en te maken hebben met het referentiekader van de onderzoeker. 'In hoeverre' en 'de mate van ernst' is voor iedereen verschillend en niet eenduidig te beoordelen.
Vraag: Wat wordt in verband hiermee op pagina 13 onder het kopje 'cognitief functioneren' bijvoorbeeld verstaan onder een adequate reactie op onverwachte situaties?

Op pagina 14 in voetnoot 5 staat dat de scores worden verricht vanuit cognitieve stoornissen (vgls. De ICF een mentale functie) en/of fysieke stoornissen. Als voorbeeld wordt hier genoemd dat dit kan ontstaan als gevolg van een zintuiglijke handicap (vgls. De ICF een sensorische functie).
Vraag: Wat is de consequentie hiervan voor een zintuiglijk beperkte verzekerde? Komt deze in de juiste instelling terecht en is daar dan ook nog expliciet aandacht voor zijn/haar zintuiglijke handicap?

ieder(in)

Tekstuele opmerkingen
Op pagina 15 is in vraag 46 geformuleerd ' in hoeverre de verzekerde last heeft van stemmingswisselingen zonder zichtbare aanleiding'.
Voorstel: Het woord 'zichtbaar' te vervangen door 'aanwijsbaar'.

Op pagina 17 staat onder het item 'zichzelf verwaarlozen' de term 'geen inspanningstolerantie'.
Voorstel: De term 'geen inspanningstolerantie'. Te vervangen door 'inspanningsintolerantie'

Aandachtspunt bij Permanentieschaal
Voor zover wij ons mogen wagen op het terrein van onderzoeksinstrumenten lijkt het alsof er in de Permanentie-schaal van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) een stap mist tussen punt 4 en 5.
In punt 4 is er sprake van 2 zaken:

1. Het gaat om het alleen kunnen zijn voor een periode van minder dan 4 uur
2. Er wordt uitgegaan van het zelf kunnen alarmeren van de cliënt in die situatie

In punt 5 is dit beiden niet meer aan de orde.
Het is wellicht aan te bevelen om te kijken naar een meer geleidelijke overgang waarbij het zelf niet meer kunnen alarmeren leidend is voor permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid.
Het kan immers ook gaan om mensen met een aandoening die wel 4 uur alleen kunnen zijn maar op het moment dat ze hulp nodig hebben niet meer kunnen alarmeren, bijvoorbeeld verzekerden die afhankelijk zijn van beademingsapparatuur of kinderen met epileptische aanvallen.
Aanbeveling: Onderzoeken van de mogelijkheid een tussenstap te formuleren in de Permanentieschaal tussen 4 en 5.

Aandachtspunt bij Gebruikelijke zorg bij kinderen
Hierbij vragen wij ook nog expliciet aandacht voor gebruikelijke zorg zoals dat nu wordt ingevuld door het CIZ. Wij ondersteunen dan ook van harte de aanbeveling om duidelijk te omschrijven (duidelijker dan de bijlage bij beleidsregels) wat wordt verstaan onder gebruikelijke zorg bij kinderen en wanneer (nog wel) sprake is van gebruikelijke zorg en wanneer niet. Kijkend naar de rapportage en huidige praktijk, lijkt daar een flinke discrepantie in te zitten. Wellicht zou je via een pilot voor kinderen een apart afwegingskader moeten inrichten om te voorkomen dat kinderen heen en weer worden gestuurd tussen jeugdzorg, Zvw en Wlz. Wij denken daarover graag met u mee.

Aandachtspunt bij rol mantelzorgers
Ieder(in) vindt het van belang dat het eerder gekozen uitgangspunt, namelijk het niet meewegen van de sociale omstandigheden, blijft gehandhaafd. Er zou niet gekeken moeten worden naar de omgeving, woonsituatie, maar de intensiteit van de zorgvraag dient leidend te zijn in tegenstelling tot de Wmo en jeugdzorg. Vooral voor mensen met een levenslange zorgvraag die soms meer dan 40 jaar gebruik moeten maken van zorg en

ieder(in)

ondersteuning door derden, is het van belang dat eenduidig wordt geïndiceerd. Immers; een eenmaal afgegeven indicatie impliceert niet dat de mantelzorger geen zorgtaken mag overnemen. Dit is vooral van belang voor ouders van jonge meervoudig beperkte kinderen.

Tot slot willen wij benadrukken dat wij het belangrijk vinden dat het nieuwe afwegingskader goed wordt gemonitord om te kunnen beoordelen of het afwegingskader de juiste aanvragers uitsluit van de Wlz, dan wel toelaat tot de Wlz.

Met grote waardering voor de gedegenheid van dit onderzoek sluiten wij ons verder aan bij de conclusies en de aanbevelingen en hopen wij op een evenzo gedegen doorontwikkeling van dit afwegingskader.

In de bijlage vindt u de beantwoording van de vragen van het Zorginstituut.

Met vriendelijke groet,

Illya Soffer
directeur

ieder(in)

Bijlage

Beantwoording vragen van het Zorginstituut

1. *Bent u het eens met de constatering dat het afwegingskader een goede operationalisering van de wettelijke toegangscriteria is?*

   Ja, daar zijn wij het mee eens.

2. *Zijn de hier genoemde maatregelen naar uw mening voldoende om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te verbeteren?*

   Ja, zie conclusies en vooral de aanbevelingen. Dit vraagt wel om continue aandacht.

3. *Bent u het eens met de interpretatie van het begrip 'blijvend' zoals is aan gegeven onder punt 3 van de begeleidende brief van het Zorginstituut? Ziet u daarbij risico's op ongewenste instroom in de Wlz?*

   De toevoeging 'binnen afzienbare tijd' roept wel meteen de vraag op hoelang binnen afzienbare tijd is maar leidt volgens ons niet tot een grotere instroom dan in de Wlz bedoeld kan zijn.

4. *Bent u het eens met de suggestie de term '24 uur per dag zorg in de nabijheid 'te verduidelijken door strikter aan te sluiten bij de tekst in de Memorie van Toelichting van de wet?*

   Nee, wij vinden het een volstrekt juiste formulering van de praktische situatie waarmee men te maken heeft die naar onze mening ook van toepassing is op de praktijken in de intramurale zorg.

Zorgverzekeraars Nederland



Zorginstituut Nederland
Mevrouw mr. M. van der V-H

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM ZEIST
Telefoon (030) 698 89 11
Telefax (030) 698 83 33
E-mail info@zn.nl

Contactpersoon	
Doorkiesnummer	
Ons kenmerk	B-15-3487-ahei1
Uw kenmerk	2015035272
Datum	15 april 2015
Onderwerp	Consultatie afwegingskader Wlz

Geachte mevrouw Van der V - H,

Dank voor de geboden mogelijkheid om op het concept afwegingskader Wlz te reageren. Graag geven wij in de beantwoording van de door u gestelde vragen onze visie een aanbevelingen mee.

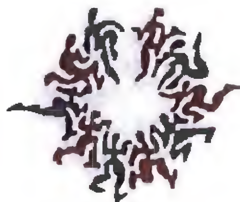
U vindt onze reactie per gestelde vraag als bijlage bij deze brief.

Met vriendelijke groet,
Zorgverzekeraars Nederland

Mw. I.G.W. Lensink, MSc
Directeur Zorg

Bijlage(n): als genoemd

C.c.:
- de heer F. H (Zorginstituut Nederland)
- mevrouw I van der V - van B (Zorginstituut Nederland)

Zorgverzekeraars Nederland 

Reactie op vragen afwegingskader toegang Wlz

1. Bent u het eens met de constatering dat het afwegingskader een goede operationalisering van de wettelijke toegangscriteria is?

Wij delen de opvatting dat het afwegingskader een goede operationalisatie van de wettelijke toegangscriteria is. Het instrument geeft de mogelijkheid om op basis van objectieve criteria te bezien of een cliënt aanspraak maakt op de Wlz. Helaas, maar in lijn met de wet, richten deze criteria zich op stoornissen en beperkingen. Er wordt gekeken naar wat de cliënt niet kan, onafhankelijk van de mogelijkheden van de cliënt en/of diens omgeving.
Wij staan achter dit afwegingskader mits gehoor gegeven wordt aan de aanbevelingen van HHM op pagina 33.

2. Zijn de hier genoemde maatregelen naar uw mening voldoende om de inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid te verbeteren?

In het onderzoeksrapport (pagina 27) staat dat in 70% van de gevallen twee CIZ-indicatiestellers tot eenzelfde indicatie komen wanneer zij dit afwegingskader gebruiken. Als mogelijke verklaringen wordt onder andere genoemd dat er geen uitgebreid dossieronderzoek en geen contact met de cliënt, verwant en/of professional is geweest tijdens deze proef. Onze aanbeveling is om in het proces van de indicatiestelling direct contact te hebben met de cliënt, verwant en/of professional én dat er uitgebreid dossieronderzoek plaatsvindt.

Er wordt aangegeven dat voorlopig een tweede beoordelaar nodig wordt geacht. Het is ons onduidelijk wat de taken zijn van deze tweede beoordelaar en wat er gebeurt indien deze tot een andere conclusie komt dan de eerste beoordelaar. Het lijkt ons het meest betrouwbaar als de twee beoordelaars los van elkaar bij de cliënt langsgaan om een indicatie te stellen. Dit betekent wel een extra belasting voor de cliënt. In het bijzonder bij zeer hoge zorgprofielen en het indiceren van 'meerzorgkenmerken' lijkt ons een indicatiestelling door twee beoordelaars op zijn plaats.

De overige aanbevelingen om de inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid te verbeteren op pagina 33 en 34 van het onderzoeksrapport lijken ons passend. Casuïstiekbesprekingen zijn van groot belang om eventuele 'kinderziektes' van dit model te signaleren en tot een uniforme oplossing te komen.
Aanvullend hierop zien wij graag dat er zo nodig uitwisseling van ervaring met dit instrument en de gevolgen daarvan plaatsvindt tussen zorgkantoren en het CIZ (en het Zorginstituut).

3. Bent u het eens met de interpretatie van het begrip 'blijvend' zoals hierboven aangegeven? Ziet u daarbij risico's op ongewenste instroom in de Wlz? Zo ja, welke maatregelen zijn dan nodig?

Wij voorzien toch onduidelijkheden over het begrip 'blijvend' met deze interpretatie. De terminologie werkt verwarrend en wekt de suggestie dat Wlz-indicaties ook voor bepaalde tijd kunnen zijn. Wij zien hierin een verruiming van de doelgroep met het risico op ongewenste instroom. Naar ons inzicht is het beter om de term blijvend te behouden zoals hij was en in de CIZ beleidsregels vast te leggen dat nooit met 100% zekerheid gesteld kan worden of een verzekerde voor altijd aangewezen is op permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid, maar dat de prognose wel zodanig moet zijn dat dit aannemelijk is.
Een maatregel tegen ongewenste instroom vanuit het zorgkantoren bezien, is de mogelijkheid tot het indienen van een ambtshalve herindicatie bij vermoedens van een te hoge indicatiestelling of onterechte Wlz-toegang. Zorgkantoren kunnen dit signaleren tijdens contactmomenten met verzekerden en tijdens huisbezoeken en bewust keuzegesprekken.

4. Bent u het eens met de suggestie de term '24 uur per dag zorg in de nabijheid' te verduidelijken door strikter aan te sluiten bij de tekst in de Memorie van Toelichting van de wet?

Hier zijn wij het mee eens.

N.B.

Regelmatig krijgen wij signalen dat het voor cliënten niet altijd duidelijk is wat een Wlz-indicatie betekent. Dat een Wlz-indicatie inhoudt dat de zorg van de gemeenten en verzekeraar stopt en een eigen bijdrage wordt gevraagd is soms een onaangename verrassing. Wij zien daarom graag dat ook het CIZ vooraf informatie geeft over de consequenties van een Wlz-indicatie.

nederlandse vereniging
van pedagogen en
onderwijskundigen

NVO

Zorginstituut Nederland
t.a.v. mevr. Mr. M. van der V -H

Catharijnesingel 47
3511 GC Utrecht

t (030) 232 24 07
f (030) 236 97 49

secretariaat@nvo.nl
www.nvo.nl

Datum : 17 april 2013
Ref. : MP/mh/1504115
Betreft : Bestuurlijke consultatie afwegingskader toegang Wlz

Geachte mevrouw Van der V,

De Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) maakt graag van de gelegenheid gebruik om te reageren op het concept consultatiedocument afwegingskader toegang Wlz van 17 maart 2015. Hieronder vindt u allereerst onze reactie op de consultatievragen, gevolgd door aanbevelingen/opmerkingen voor de inhoud van het consultatiedocument WLz-afwegingskader.

Antwoorden op consultatievragen
In uw begeleidende brief van 26 maart jl. zijn 4 consultatievragen gesteld, waarop hieronder een antwoord wordt gegeven.

Vraag 1:
Bent u het eens met de constatering dat het afwegingskader een goede operationalisering van de wettelijke toegangscriteria is?

De NVO is met u van mening dat het afwegingskader helder en goed geoperationaliseerd is.

Vraag 2:
Zijn de hier genoemde maatregelen naar uw mening voldoende om interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te verbeteren?
Heeft u nog suggesties voor andere maatregelen die hieraan kunnen bijdragen?

De NVO vermoedt dat de genoemde maatregelen voldoende zijn. Wel wil de NVO opmerken dat de cliënt zien niet per se de objectiviteit bevordert. Het is immers feitelijk een nieuwe bron van informatie. Het betrekken van twee beoordelaars geeft meer garantie op het verbeteren van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. De inzet op permanente intervisie en bijscholing vindt de NVO zeer nuttig.

kvk-nummer 40477064
btw NL003608992B01

Vraag 3:
*Bent u het eens met de interpretatie van het begrip 'blijvend' zoals hierboven aangegeven? Ziet u daarbij risico's op ongewenste instroom van de Wlz?
Zo ja, welke maatregelen zijn dan nodig?*

De inschatting of de zorgvraag 'blijvend' is, blijft altijd ingewikkeld. De NVO is het eens met de uitbreiding zoals voorgesteld, maar voorziet vooral een risico (onder meer wat betreft ongewenste instroom) in de overgang van 18- naar 18+. Als de beslissing over de vraag of cliënt blijvend op zorg aangewezen is, op dat moment genomen moet worden, spelen er verschillende zaken mee. De stem van ouders is op die leeftijd relatief groot en cliënten hebben nog vaak 24uurs toezicht door de ouders. Op dat moment moet nog bezien worden hoe de cliënt omgaat met meer zelfstandigheid. De NVO wil mede daarom adviseren het moment om te bepalen of de zorg 'blijvend' is, uit te stellen naar de leeftijd van 25 jaar.

Vraag 4:
Bent u het eens met de suggestie de term '24 uur per dag zorg in de nabijheid' te verduidelijken door strikter aan te sluiten bij de tekst in de Memorie van Toelichting van de wet?

De NVO is het eens met uw voorstel. Dit bevordert namelijk de eenduidigheid.

Inhoudelijke reactie op concept Wlz-afwegingskader

De reikwijdte van het afwegingskader
Zoals nu het afwegingskader is opgesteld, is het per definitie niet van toepassing voor cliënten jonger dan 18 jaar (met uitzondering van de somatische zorg als primaire insteek). Al levert dat op dit moment de nodige problemen op, omdat gemeentes die relatief dure 24-uurszorg niet willen/kunnen betalen.
Het ontbreekt aan een vergelijkbaar afwegingskader voor de doelgroep jonger dan 18 jaar en aan een goede aansluiting tussen een kader voor 18- en 18+. De NVO wil deze problematiek helder op de agenda te zetten, om de afstemming tussen gemeenten (VNG) en zorg vanuit de Wlz te optimaliseren, juist voor deze meest kwetsbare groep en vraagt ook anderen, bijvoorbeeld ZIN, dat te doen.

De consequentie van uitzondering van psychische problematiek
De NVO maakt zich zorgen over de toegang naar passende zorg, voor mensen met de combinatie van een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen. Het afwegingskader maakt voor deze categorie een uitzondering; wanneer een behandeling in een behandelinstelling onder de Jeugdwet is gestart, mag die binnen de Wlz voor maximaal drie jaar worden voortgezet. De NVO is blij met deze mogelijkheid tot continuering, maar maakt zich tegelijkertijd zorgen omdat een meer structurele constructie ná die drie jaar niet is ingebouwd.

Een tweede uitzondering wordt gemaakt voor cliënten met een psychische stoornis die na een periode van drie jaar zorgverzekeringswet aansluitend recht hebben op voortzetting van deze zorg vanuit de Wlz, in principe eveneens voor een periode van maximaal drie jaar. Deze laatste uitzonderingscategorie baart de NVO zorgen. Jongeren met een zeer

nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen

intensieve begeleidingsvraag (bijvoorbeeld ernstige vormen van autisme en psychosen), hebben die vaak tot dan toe zorg thuis gekregen. Veel van de voor deze groep passende omgevingen (workhomes, VIC's) vallen onder de WLz. Een directe overstap lijkt door deze bepaling niet mogelijk, omdat de zorgverzekeringswet deze voorzieningen niet vergoedt en cliënten eerst drie jaar onder die wetgeving vallen.

De reikwijdte van het professioneel handelen van de orthopedagoog en orthopedagoog-generalist
Op pagina 10 wordt nu aangegeven dat de orthopedagoog alleen wordt betrokken bij de zorg voor de verstandelijk beperkten. De NVO wijst erop dat deze professionals ook bekwaam en bevoegd zijn in het behandelen van psychische problematiek in de GGZ. Daarnaast is de zorg van deze professionals, die werkzaam zijn in de gehandicaptenzorg (lichamelijke, verstandelijke en zintuiglijke handicap), gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel cliënten zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren. Ze zijn binnen deze werkdomeinen in grote aantallen werkzaam en we gaan er dan ook vanuit dat dit wordt aangepast in het rapport. Orthopedagogen-(generalist) beschikken namelijk ook over deze specifieke expertise en zijn zij werkzaam op deze hierboven genoemde gebieden in de huidige praktijk.

Rest ons nog als NVO onze waardering uit te spreken voor het initiatief en de globale inhoud van het afwegingskader. Daarbij gaan wij ervan uit dat u onze antwoorden en aanbevelingen meeneemt in het definitieve rapport. Waar dat niet (alleen) op uw weg ligt, zal de NVO ook zelfstandig in haar politieke en ambtelijke contacten bovenstaande punten inbrengen. Graag zien wij de definitieve versie van het rapport tegemoet. Wij wensen u veel succes met het verwerken van de reacties van deze consultatie.

Met vriendelijke groet,

Marlies Post
directeur NVO



nederlandse vereniging van artsen
voor verstandelijk gehandicapten

Zinnige Zorg en Projecten en Ondersteuning
Sector Zorg
Zorginstituut Nederland
t.a.v. mevr. M.M. van der V- H

Datum: 17 april 2015
Betreft: afwegingskader
Onze referentie: uit25

Geachte mevrouw van der V,

In antwoord op uw verzoek om te reageren op het voorgestelde afwegingskader voor toegang tot de Wet langdurige zorg, laten wij u het volgende weten, aan de hand van de door u gestelde vragen:

1. *Bent u het eens met de constatering dat het afwegingskader een goede operationalisering van de wettelijke toegangscriteria is?*

   Ja, maar de praktijk zal het uitwijzen.

2. *Zijn de hier genoemde maatregelen naar uw mening voldoende om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te verbeteren? Heeft u nog suggesties voor andere maatregelen die hieraan bij kunnen dragen?*

   De voorgestelde maatregelen zijn aan te bevelen, maar we vragen ons of af of deze afdoende zullen zijn. Een onvoldoende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid wijst eerder op een te grote vrijheid om te interpreteren. Bovendien is er het gevaar dat interpretaties kunnen verschuiven naar gelang de politieke wind wijzigt. De grootste winst is te behalen door de interpretatievrijheid te verkleinen.

3. *Bent u het eens met de interpretatie van het begrip 'blijvend' zoals hierboven aangegeven?*

   Ja.

4. *Ziet u daarbij risico's op ongewenste instroom in de Wlz*

   Niet door deze verduidelijking.

5. *Bent u het eens met de suggestie de term '24 uur per dag zorg in de nabijheid' te verduidelijken door strikter aan te sluiten bij de tekst in de Memorie van Toelichting van de wet?*

   Daar hebben we geen behoefte aan, noch bezwaar tegen.

met vriendelijke groet,
namens het bestuur van de NVAVG

Joris van Erp, lid.

Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten
Postbus 6096 – 7503 GB ENSCHEDE
Telefoon (0878) 759 338 - E-mail secretariaat@nvavg.nl
Internet www.nvavg.nl

Nederlands Instituut van Psychologen NIP

Zorginstituut Nederland
T.a.v. mw. Mr. M. van der V-H

Nieuwekade 1-5
Postbus 2085
3500 GB Utrecht

Tel (030) 820 15 00
Fax (030) 820 15 99
info@psynip.nl
www.psynip.nl

Utrecht, 17 april 2015
Ref.: rv/is/1504-024
Onderwerp: **reactie NIP op consultatie afwegingskader Wlz**

Geachte mevrouw Van der V-H,

Graag maakt het NIP gebruik van de mogelijkheid om onze visie te geven op de opmerkingen en aanbevelingen van het Zorginstituut bij het afwegingskader toegang Wlz. Het NIP is van mening dat er een goede poging is gedaan om een afwegingskader voor de Wlz te ontwikkelen, maar dat deze poging nog niet geslaagd is en dat de ontwikkeling ervan herzien moet worden. De ontwikkeling en de toetsing van het afwegingskader moeten dan in verschillende handen zijn.
We geven hieronder in het kort antwoord op uw opmerkingen en consultatievragen en gaan in een bijlage nader op enkele zaken in.

Vraag 1.: Bent u het eens met de constatering dat het afwegingskader een goede operationalisering van de wettelijke toegangscriteria is?
Het NIP meent dat het afwegingskader qua benadering nog geen afdoende operationalisatie van de wettelijke toegangscriteria is, ten eerste omdat het gebruikte conceptueel kader, weliswaar deels uit de wet zelf, niet adequaat is. Zo wordt bijvoorbeeld het begrip handicap op een verouderde manier gebruikt. Het zou de voorkeur verdienen de begrippen van het afwegingskader te vertalen naar die van de International Classification of Functioning (ICF) van de WHO.
Ten tweede wordt ten onrechte geconcludeerd dat het afwegingskader voldoende valide is. De onderbouwing daarvan achten we onvoldoende.

Vraag 2.: Zijn de genoemde maatregelen naar uw mening voldoende om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te verbeteren?
Bureau HHM kan volgens het NIP niet met zekerheid beloven dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het afwegingskader met de voorgestelde maatregelen (voldoende) zal verbeteren. De betrouwbaarheid is wat het NIP betreft onvoldoende en een punt van zorg.

Vraag 3.: Bent u het eens met de interpretatie van het begrip 'blijvend' zoals aangegeven?
Het NIP kan het inderdaad eens zijn met de omschrijving van het begrip 'blijvend' in termen van 'van niet voorbijgaande aard binnen afzienbare tijd'.

Vraag 4.: Bent u het eens met de suggestie de term '24 uur per dag zorg in de nabijheid' te verduidelijken door strikter aan te sluiten bij de tekst in de Memorie van Toelichting van de wet?
Het NIP kon niet of nauwelijks verschil ontdekken tussen de omschrijvingen m.b.t. '24 uur per dag zorg in de nabijheid' in respectievelijk de Memorie van Toelichting en de Beleidsregels indicatiestelling 2015. Het NIP is het dus niet eens met een suggestie aan de staatssecretaris om de Beleidsregels op dit punt bij te stellen.

Aansluitend op de beantwoording van vraag 1. meent het NIP wel dat een herziening van het conceptueel kader door de Staatsecretaris, voor zover mogelijk, bij kan dragen aan de kans om een goed afwegingskader te ontwikkelen.

Behalve bovenstaande vragen bevat uw brief ook enkele opmerkingen over zaken waar de consultatie zich niet op richt.

Over de opmerking over mantelzorg op pagina 3:
Dat de beschikbaarheid van mantelzorg geen rol speelt in de toegang tot de Wlz is geen onderwerp in de consultatie. Het NIP vindt het overigens op zich een goede zaak dat die beschikbaarheid geen rol speelt in de afweging en in de aanspraak op Wlz-zorg. Het is goed om te onderkennen dat een neveneffect is dat dit tegelijkertijd de validiteit van de afweging moeilijker maakt, omdat deze afweging namelijk erg abstract wordt, als de indicatiesteller zich moet voorstellen dat iemand geheel op zichzelf aangewezen is.

Over de opmerking over GGZ op pagina 3:
Ook het gebruik van het afwegingskader voor mensen met psychische stoornissen waar u over spreekt, is geen onderwerp van de consultatie. Het Zorginstituut meent dat het onderzoek van het afwegingskader opnieuw heeft laten zien dat het onmogelijk is vast te stellen dat psychische problematiek blijvend is. Mede vanwege dat argument wilt u nu eerst nader onderzoek over de vraag of de Wlz de kansen op herstel of verbetering voor deze groep voldoende zou borgen. Maar welke rol speelt dat argument bij dat onderzoek, gezien de al gemaakte keuze voor de omschrijving van 'blijvend' als 'van niet voorbijgaande aard binnen afzienbare tijd'? Dat laatste lijkt toch voor veel psychische problematiek wel vast te stellen. Het NIP is overigens niet tegen een nader onderzoek naar de zorg voor mensen in de langdurige ggz. Wel dringen we aan op snelheid om te voorkomen dat mensen linksom of rechtsom tussen de wal en het schip vallen; ze moeten, op tijd, passende toegang tot de best passende zorg krijgen. Graag horen we wat de vertraging door het onderzoek in de praktijk zal betekenen voor de betrokken groepen.

Daarnaast wijzen wij op het verband met gelijktijdig lopend onderzoek van het Zorginstituut naar de criteria voor medisch noodzakelijk verblijf in de ggz via de ZVW. Het zou goed zijn geweest, als het Zorginstituut dit verband in de consultatie zou hebben toegelicht. Het gaat hier immers om deels overlappende, deels elkaar rakende zaken.

Over het begrip 'ernstig nadeel'
Nog een opmerking van de kant van het NIP over het begrip ernstig nadeel voor de verzekerde. Dit begrip speelt een belangrijke rol in de afweging van de toegang tot de Wlz. De wet noemt vier situaties (ontleend aan de Wet Zorg en Dwang) waarin dit nadeel zich voordoet: zich te gronde richten, zich verwaarlozen, lichamelijk letsel oplopen of in de ontwikkeling geschaad worden. De eigen omschrijvingen van de betekenis hiervan en enkele voorbeelden ervan in het afwegingskader (pagina 17), niet ontleend aan de wet, kunnen zeer bepalend zijn voor de reikwijdte van de toegang tot de Wlz en verdienen daarom extra aandacht. Het NIP vraagt het Zorginstituut hier zelf in een soort duiding expliciet bij stil te staan. Het NIP bepleit daarbij om in het afwegingskader het aspect van de aantasting van de kwaliteit van leven van de verzekerde als ernstig nadeel expliciet te benoemen; dit naast de nu genoemde primair lichamelijke gezondheidsschade.

Voor enkele nadere overwegingen bij onze reactie en voor overige opmerkingen bij het afwegingskader verwijs ik naar de bijlage.

Met vriendelijke groet,

drs. J.C.M. van Eck
Directeur NIP

Bijlage

Bijlage bij brief NIP d.d. 17.04.2015 (Ref. rw/is/1504-024)

Reactie NIP op consultatie afwegingskader Wlz

In deze bijlage bespreken we enkele antwoorden in de brief van het NIP op de vragen van het ZIN en voegen we nog enkele opmerkingen toe.

Toelichting bij het antwoord op vraag 1: Bent u het eens met de constatering dat het afwegingskader een goede operationalisering van de wettelijke toegangscriteria is?
Zoals gezegd is het NIP van mening dat het afwegingskader nog geen goede operationalisering is. Het conceptuele kader is niet adequaat en de validiteit en betrouwbaarheid zijn onvoldoende onderbouwd. We gaan hieronder door op de validiteit en betrouwbaarheid.

Ten eerste is de betrouwbaarheid beperkt waardoor de validiteit moeilijk te beoordelen is. Die betrouwbaarheid is bovendien met name onvoldoende op de meest cruciale variabelen, namelijk de vragen of er gevaar kan optreden en of het gevaar blijvend is.

Ten tweede wordt met betrekking tot de criteriumvaliditeit slechts beschreven dat het afwegingskader hetzelfde meet als de Belgische VAPH-schaal zonder dat de inhoud of validiteit van die schaal aan de orde komt. De enthousiaste cijfers over sensitiviteit en dergelijke die desondanks gepresenteerd worden, zullen gauw misverstanden wekken. (Ook in de achtergrondstudie, die overigens jammer genoeg niet bij de consultatiestukken meegezonden is, wordt o.i. slechts summier over de VAPH-schaal gesproken, namelijk dát deze "een relatie (legt) tussen de ondersteuningsbehoefte van cliënten en de mate van toezicht".)

Ten derde: Het door HHM vermelde positieve oordeel over de constructvaliditeit betreft niet het afwegingskader voor de toegang, maar slechts de vragenlijst 'Vaststelling functioneren'.

De validiteit is ook in het geding als blijkt dat niet duidelijk is wat '24-uurs zorg in de nabijheid' is, op pagina 26 in de citaten van CIZ-onderzoekers. Deze citaten moeten een signaal zijn dat bij de respondenten over de betekenis van veel andere elementen ook onduidelijkheid kan bestaan. Ook zou in het licht van die onduidelijkheid de waarde van kwalitatieve bevindingen onder gebruikers ('dat ze het gevoel hebben dat het klopt' en 'dat ze er goed mee kunnen werken') gerelativeerd moeten worden.

Het is jammer dat de validiteit van het afwegingskader niet mede in beeld is gebracht door tenminste enige vergelijking met de AWBZ-indicatiebepalingen van afgelopen jaren. Die indicaties maten wat anders, maar een vergelijking zegt wel iets. Overigens heeft één van de onderzoekers aangegeven dat hij meent dat een vergelijking niets zegt over de validiteit, mede omdat bij de AWBZ-indicaties de mantelzorg meegewogen werd. Een vergelijking zou echter gericht kunnen worden op verzekerden zonder mantelzorg.

In de aanhef van deze brief vermeldden we dat in een herziening van het afwegingskader de ontwikkeling ervan en de toetsing ervan in verschillende handen zouden moeten zijn. Nu keurt bureau HHM zijn eigen vlees. Het is in het algemeen een wenselijk methodologisch principe om dergelijke zaken gescheiden te houden. Het zou goed zijn een toetsing onder andere bij de betrokken beroepsgroepen te leggen.

Toelichting bij het antwoord op vraag 2.: Zijn de genoemde maatregelen naar uw mening voldoende om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te verbeteren?
Het is volgens het NIP niet te voorspellen of de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het afwegingskader met de beoogde maatregelen, zoals verbetering van de instructie en frequente casuïstiekbesprekingen, zal verbeteren. De tekst van de conclusies en aanbevelingen suggereert dat het de bedoeling is de betrouwbaarheid tijdens het officiële gebruik te verbeteren. De samenvatting suggereert echter dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid vooraf geborgd moet zijn. Het is wat het NIP betreft zaak eerst de betrouwbaarheid te verbeteren en het afwegingskader pas in te voeren als validiteit en betrouwbaarheid voldoende onderbouwd zijn.

Hierboven zijn onder de vraag naar de validiteit ook al enkele aspecten van de betrouwbaarheid aan de orde gekomen.

Het is verder waarschijnlijk onvermijdelijk en ook gewenst dat het met gebruikmaking van het kader een kwalitatieve afweging blijft of mensen toegang tot de Wlz krijgen; er zijn weinig kwantitatieve of andere algoritmische ja/nee-afkappunten aan te brengen. Het is op zich goed dat er veel aspecten meegewogen kunnen worden. Tegelijkertijd wordt de afweging daardoor multi-interpretabel. Het zou goed zijn als de kwalitatieve afweging meer en beter gestructureerd werd. Nu bijvoorbeeld wordt 'hoog risico' gedefinieerd als 'Op basis van concrete aanwijzingen is het zeer aannemelijk dat het risico bestaat'; dit klinkt niet logisch: de grootte van een kans is wat anders dan de geloofwaardigheid ervan. Zo zijn er meer taalkundige problemen. Er ontbreken kwalitatieve criteria voor het beantwoorden van de vragen over de vaststelling van het ernstig nadeel. Ook voor de beantwoording van de vragen voor de besluitvorming (pag. 18) ontbreken (kwalitatieve) criteria.

Over de deskundigen t.b.v. vaststelling aandoening
In tabel 1 op pagina 10 wordt een leidraad gegeven voor het type deskundigen dat bij de vaststelling van verschillende aandoeningen is betrokken. Het zou goed zijn bij de Gz-psycholoog in een noot te vermelden dat dit inclusief de, extra gekwalificeerde, Klinisch Psycholoog en Klinisch Neuropsycholoog is. Bij de 'andere specialisten' kan behalve de psychotherapeut ook de Kinder&Jeugd-psycholoog vermeld worden.

Over het gebruik van het afwegingskader voor het ontwikkelen en indiceren van zorgprofielen
Een nevendoel van de vragenlijst 'Vaststelling functioneren' is dat deze een basis biedt voor het kiezen/indiceren van een zorgprofiel, de beoogde bekostigingseenheid van de Wlz. De vragenlijst is met het oog hierop ontwikkeld opdat het functioneren niet twee keer en misschien verschillend bevraagd zal worden. Het NIP beveelt aan dit onderdeel nu of te zijner tijd nog eens goed te bekijken en aan te passen. Het is van belang de zorgprofielen op zichzelf staand goed te ontwikkelen. Ook hier geldt dat het conceptuele kader ervan niet voldoet en dat beter aangesloten kan worden bij de ICF.

Enkele opmerkingen alvast bij de vragenlijst (pagina's 13 t/m 16):
- Oriëntatie is een onderdeel van het cognitief functioneren. Het is niet goed te begrijpen waarom het een aparte rubriek is.
- Het is ook niet goed te begrijpen waarom gedragsmatig en psychisch functioneren aparte rubrieken zijn.
- In het algemeen ontbreekt in de vragenlijst als factor het risico voor de omgeving.

-#-



Vereniging van Indicerende en adviserende Artsen

Zorginstituut Nederland
Pakket
t.a.v. de heer drs. A.M. H

behandeld door	telefoonnummer	ons kenmerk	datum
		uw referentie:	15 april 2015
secretaris		2015035272	

Geachte heer H,

Het bestuur van de VIA is verheugd over het concept afwegingskader. Het is aan de hand van gedegen onderzoek en overleg met diverse stakeholders deskundig vormgegeven en vormt daarmee een heldere, duidelijke basis van de indicatiestelling voor de toegang tot de Wlz.

In antwoord op uw consultatievragen kunnen wij het volgende aangeven:

1. Wij zijn het eens met de constatering dat het afwegingskader een goede operationalisering van de wettelijke toegangscriteria is.

2. Het verbeteren van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid kan mogelijk zijn met de voorgestelde methoden en hulpmiddelen. Maar er gaat een ander probleem aan vooraf, dat niet op deze manier ondervangen wordt. Dat betreft de deskundigheid van de beoordelaar. Omdat de Wlz een éénmalig toegangsprincipe heeft is een beoordeling met een adequaat kennisniveau op het indicatiemoment van allergrootst belang. Aangezien het gaat om de combinatie van een <u>medische</u> aandoening met functiebeperkingen van verschillende aard is een hiervoor gespecialiseerde professional cruciaal. De arts indicatie en advies KNMG is opgeleid om op onafhankelijke wijze objectief en onpartijdig de medische problematiek en het functioneren te kunnen beoordelen. Daarnaast is de arts in staat in overleg te treden met huisarts of specialist, conform de geldende privacyregels. Daarom zou de VIA graag zien, dat het deskundigheidsniveau van de beoordelaars in het afwegingskader opgenomen wordt.

3. Op de vraag of toevoeging van 'binnen afzienbare tijd' een verbetering is voor het interpreteren van het begrip 'blijvend' is de VIA van mening, dat hiermee geen verbetering wordt bereikt. De poort naar discussie wordt hiermee opengezet. Ervaren en goed opgeleide professionals, zoals artsen indicatie en advies KNMG, zullen te allen tijde het wettelijk kader in acht nemen, waarbij het begrip blijvend voor hen geen vragen oproept. Ook bij andere beoordelingen, zoals de gehandicaptenparkeerkaart doet de arts namelijk een uitspraak over een blijvende indicatie. Het risico zit in de rekbare, subjectieve betekenis van 'afzienbaar'. Wat de één afzienbaar vindt kan voor de ander anders liggen. Het risico bij het gebruik van de toevoeging 'binnen afzienbare tijd' is dat de toegangsdrempel verlaagd wordt. En aangezien het een eenmalige ingangstoets is, is dit ons inziens niet wenselijk. Bij het toevoegen van deze term zijn er naar ons oordeel geen maatregelen mogelijk om de discussie te beperken. Er is een bediscussieerbare tijdfactor toegevoegd, die zich niet makkelijk laat plooien.
   Als dan toch de sterke behoefte bestaat het begrip blijvend nader aan te vullen, pleiten wij voor de volgende mogelijkheid. 'Blijvend naar redelijkheid en billijkheid' zal een beter houvast bieden. Ook redelijk en billijk betreffen subjectieve begrippen, maar hier kan, analoog aan het gebruik van deze termen bij andere regelingen, een beter juridisch kader gaan ontstaan. Hiermee kan in het medisch dossier van de aanvrager specifieke argumentatie opgenomen worden die deze afweging onderbouwt. Deze afweging kan dan in de bezwaar- en beroepsprocedures worden getoetst, waardoor de begrippen 'redelijk en billijk' een steviger kader krijgen.



Vereniging van Indicerende en adviserende Artsen

4. Wij zijn het eens met een steviger aansluiting bij de tekst in de Memorie van Toelichting om het risico van drempelverlaging in de toegang te voorkomen.

De VIA heeft geen verdere op- of aanmerkingen naar aanleiding van het nu voorliggende afwegingskader. Wij danken u voor de mogelijkheid om voor vaststelling van het afwegingskader te mogen reageren en zijn immer tot nadere consultatie bereid,

Met vriendelijke groet,

Drs. mw. S.A. van de Merwe, voorzitter
Vereniging van Indicerende en adviserende Artsen



Vereniging van
Nederlandse Gemeenten

Zorginstituut Nederland
t.a v. mevr Mr. M. van der V -H
hoofd pakket

doorkiesnummer
(070) 373 8253

uw kenmerk

bijlage(n)

betreft
Bestuurlijke consultatie afwegingskader toegang Wlz

ons kenmerk
ECSD/U201500605

datum
14 april 2015

Geachte mevrouw Van der V -H,

Graag maken wij gebruik van uw uitnodiging om consultatievragen te beantwoorden over het Concept Wlz-afwegingskader. In onze reactie gaan wij eerst in op de zorgen die wij hebben over de hervorming van de langdurige zorg. Onze zorgen worden door het afwegingskader niet weggenomen. Wij verwachten dat de toepassing van het afwegingskader zal leiden tot versterking van onze zorgen. Vervolgens beantwoorden wij uw vragen en daarna geven we onze reactie op uw aanvullende opmerking over de toepasbaarheid van het afwegingskader op de GGZ-doelgroepen.

Zoals gesteld hebben wij zorgen over het behalen van de doelen van de hervorming langdurige zorg met de toepassing van de toegang tot de Wlz zoals die op dit moment plaatsvindt. Blijkbaar is er in maart 2015 al een grotere toename geconstateerd van het gebruik van de Wlz dan was verwacht en begroot Wat ons stoort is dat daarbij niet wordt gekeken naar de oorzaken maar direct wordt geconcludeerd dat er minder toestroom heeft plaatsgevonden naar de Wmo en dat er geld van de Wmo moet terugvloeien naar de Wlz

Afbakeningsproblemen drie wetten

De hervorming van de langdurige zorg is bedoeld om zoveel mogelijk zorg en ondersteuning te bieden via gemeenten en zorgverzekeraars en een vangnet te maken voor mensen die levenslang op zorg en toezicht zijn aangewezen. Een groot afbreukrisico voor het behalen van de doelstelling ligt in het gevaar van afbakeningsproblemen tussen de drie wetten (Wlz, ZvW, WMO). De VNG heeft gepleit voor heldere toegangscriteria en zo min mogelijk afbakeningsvraagstukken bij de behandeling van de Wlz. De uitgangspunten voor de Wmo en de Wlz zijn niet zodanig gekozen dat ze complementair werken. De keuzes voor de toegang tot de Wlz die al zijn gemaakt. werken het beoogde doel niet in de hand

- De indicaties voor de Wlz zijn voor onbepaalde tijd maar er zijn bijzondere doelgroepen die een tijdelijke indicatie krijgen,

- Er zijn pgb-constructies mogelijk waardoor het verschil tussen Wmo-ondersteuning (beschermd wonen) en Wlz-voorzieningen (VPT) voor de burger niet meer zichtbaar is
- Een Wmo-aanspraak op een maatwerkvoorziening kan worden geweigerd als een client aanspraak kan maken op de Wlz. Dit voorliggende karakter van de Wlz leidt ertoe dat eerst de mogelijkheden van de Wlz worden verkend terwijl juist de mogelijkheden van de Wmo breed benut moeten kunnen worden om van de hervorming een succes te kunnen maken.

Wij herhalen hier ons pleidooi van april 2014 voor zodanige aanpassingen in de toegangsbepalingen voor de Wlz dat:

- Burgers weten bij welk loket ze moeten zijn
- Cliënten niet heen en weer geschoven worden tussen gemeenten en het CIZ
- Calculerend gedrag met betrekking tot de meest gunstige regeling wordt tegengegaan
- Bureaucratie wordt verminderd

De afbakeningsvraagstukken die wij vorig jaar al voorzagen zijn niet weggenomen en ook is niet meegewogen bij het opstellen van de criteria wat de gevolgen zijn van toepassing daarvan.

Aanzuigende werking Wlz verminderen

De uitgangspunten van de Wlz en de Wmo zijn niet aanvullend gekozen en de Wlz is een voorliggende voorziening. Die combinatie is een belemmering voor de doelstelling van de hervorming langdurige zorg. De Wlz is gebaseerd op beperkingen in de persoon De Wmo is gebaseerd op mogelijkheden van de persoon samen met zijn sociale omgeving Het uitgangspunt moet zijn wat het beste is voor de burger. Daarbij is het wenselijk eerst te kijken naar zijn mogelijkheden Bij onduidelijkheden in beide wetten moet calculerend gedrag worden teruggedrongen door eerst de mogelijkheden te benutten van de persoon en zijn sociale omgeving en een traject binnen de Wmo te volgen, voordat sprake is van een beoordeling voor de Wlz. De volgorde is nu dat de Wmo niet benut wordt als er toegang mogelijk is voor de Wlz. Het traject van toegang tot de Wlz zal eerst gevolgd worden voordat een Wmo-aanvraag in behandeling wordt genomen. Zo wordt een aanzuigende werking van de Wlz gecreëerd en dit is niet wenselijk.

Beantwoording vragen

Uw eerste vraag is of het afwegingskader Wlz een juiste operationalisering van de wettelijke toegangscriteria is. Het gaat dan om een zorgvuldig uitgevoerd onderzoek dat ook goed is afgestemd met belanghebbende partijen.

De VNG vindt van wel en heeft waardering voor het werk van HHM Maar wij tekenen aan dat wij de criteria in de wet niet voldoende helder vinden. Bij de uitwerking van de criteria is niet meegenomen wat de effecten zijn van toepassing ervan en hierdoor blijven de oorspronkelijke onduidelijkheden bestaan.

Uw tweede vraag is of de maatregelen die worden voorgesteld voor verbetering van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voldoende zijn. Genoemd zijn. permanente scholing en intervisie een tweede beoordelaar, duidelijke instructies en periodieke toetsing van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

De VNG stemt in met de voorgestelde maatregelen, die niet alleen tijdens de implementatieperiode van belang zijn maar integraal onderdeel uitmaken van de kwaliteitseisen die aan werkgevers moeten worden gesteld.

Uw derde vraag gaat over de uitwerking van het begrip 'blijvend'. Dit is uitgewerkt als 'van niet voorbijgaande aard binnen afzienbare tijd'. Dit moet worden geïnterpreteerd als dat op het moment van besluitvorming "de prognose zodanig is dat het aannemelijk is dat de verzekerde levenslang en levensbreed op permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid is aangewezen".

De VNG vindt dat er in de uitwerking van het begrip teveel ruimte zit om indicaties voor onbepaalde tijd af te geven. De erkenning dat niet kan worden voorzien of er daadwerkelijk sprake is van levenslang en levensbreed noodzakelijke zorg en toezicht moet ook niet leiden tot te snelle afwijzingen van indicaties. De VNG is er voorstander van om bij onzekerheden indicaties af te geven voor bepaalde tijd.

Uw vierde vraag gaat over de term '24 uur per dag zorg in de nabijheid'. Dit begrip komt uit de beleidsregels indicatiestelling 2015 (december 2014) en zou een bredere toegang mogelijk maken dan de strictere omschrijving in de Memorie van Toelichting bij de wet.

De VNG is van mening dat elke verbreding van de toegang van de Wlz een belemmering vormt voor het succes van de hervorming Elke bredere interpretatie die mogelijk is maakt de toegangscriteria minder helder. Dat betekent dat wij pleiten voor aansluiting bij de tekst in de Memorie van Toelichting We constateren dat de bewuste tekst niet is toegevoegd aan de stukken.

Aanvullende criteria GGZ-groepen

Ten slotte willen wij ingaan op de aanvulling in uw brief dat "*het Zorginstituut van mening is dat uit de resultaten van het onderzoek nog niet kan worden geconcludeerd dat toepassing van het afwegingskader leidt tot de best passende zorg voor de verschillende subgroepen in de GGZ. In de expertmeeting die het departement in de voorbereiding van de wet (toen nog de Wet Liz) heeft georganiseerd, bleek dat het onmogelijk is om vast te stellen dat psychiatrische problematiek blijvend en onomkeerbaar is, en herstel of verbetering is uitgesloten. Dit beeld is bevestigd tijdens het onderzoek naar het afwegingskader.*"

De VNG steunt deze opvatting. Een indicatie voor de Wlz is nu voor onbepaalde tijd. Voor mensen met psychiatrische problemen is dit een nogal ingrijpende beslissing. Juist nu er in de psychiatrie meer aandacht is voor herstel Psychiatrische problematiek is veranderlijk en wordt sterk bepaald door de sociaal maatschappelijke omstandigheden en het perspectief dat de cliënt ervaart. Voor een deel van de cliënten met GGZ-problematiek die nu in beschermd wonen zitten geeft het rust als ze weten dat ze met een Wlz indicatie voor onbepaalde tijd in beschermd wonen kunnen blijven. Maar een ander deel van de GGZ-doelgroep is juist gebaat bij extra aandacht en stimulans en kan ook uitstromen naar vormen van zelfstandig wonen met extramurale begeleiding Een derde groep heeft behoefte aan chronisch toezicht en zorg. Dit zijn zorgmijders die een geschiedenis hebben en met pieken en dalen zorg en hulp moeten krijgen om problemen te voorkomen. De VNG pleit er dan ook voor bij deze doelgroep te werken met extra criteria

Daarbij denken we aan

a Aanvullende criteria die betrekking hebben op de context (sociaal netwerk, zorggeschiedenis)

b Meewegen van de resultaten van het Wmo-traject dat eerst moet zijn gevolgd.

c. De mogelijkheid van tijdelijke indicaties, bijvoorbeeld zoals nu als uitzondering wordt toegestaan voor cliënten met een GGZ-b indicatie die al drie jaar behandeld zijn in de Zvw. Zij krijgen een termijn van drie jaar in de Wlz en daarna een herindicatie

d. Voor zorgmijders niet de eis van een recente diagnose of een handtekening onder de aanvraag.

Wij zien graag een aanpassing van de toelatingscriteria voor de GGZ-groepen tegemoet.

Met vriendelijke groet,

Vereniging van Nederlandse Gemeenten

Hoogachtend,

J. Kriens
Voorzitter directieraad

NEDERLANDSE
VERENIGING VOOR
PSYCHIATRIE

Zorginstituut Nederland
t.a.v. de heer A.M. H

Utrecht, 20 april 2015

Kenmerk: JvdL/lk/2300/15
Betreft: Reactie NVvP concept toetsingskader WLz

Geachte heer H.,

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) heeft met interesse kennis genomen van het concept toetsingskader WLz, temeer daar wij met andere veldpartijen uit de GGZ betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling van dit document. Wij waren dan ook zeer verbaasd te lezen in het begeleidend schrijven dat "de werkzaamheid van het afwegingskader voor mensen met psychiatrische problematiek" niet wordt betrokken in de consultatie en dat het Zorginstituut van mening is dat "uit de resultaten van het onderzoek nog niet kan worden geconcludeerd dat toepassing van het afwegingskader leidt tot de best passende zorg voor de verschillende subgroepen in de GGZ." (pagina 3). Niet alleen vragen wij ons af hoe het kan dat deze conclusie pas zo laat in het traject wordt gecommuniceerd, maar deze passages roepen bij ons ook een aantal vragen op:

- Mensen met een psychische stoornis behoren niet tot de primaire doelgroep(en) van de WLz. Maar krachtens artikel 3.2.2. lid 1 van de wet wordt hen wel de toegang tot de WLz verschaft volgend op verblijf inclusief medisch noodzakelijke zorg gedurende drie jaar in het kader van de Zvw. Het recht op verblijf en zorg blijft dan bestaan voor een periode van maximaal drie jaar, waarna deze periode telkens met drie jaar kan worden verlengd (artikel 3.2.2. lid 2). Het is voor ons niet duidelijk wat precies bedoeld wordt met de geciteerde passages in de brief in relatie tot wat in deze artikelen van de wet staat. Bedoelt het Zorginstituut dat de WLz eigenlijk niet geschikt is voor mensen met een psychische stoornis? Of wordt bedoeld dat mensen die op grond van een psychische stoornis een beroep doen op verblijf met geneeskundige behandeling, deze zorg zonder twijfel vanuit de WLz kunnen ontvangen louter op grond van de '3-jaars regel', zonder nadere toetsing van de zorgbehoefte conform dit afwegingskader? Zou het Zorginstituut dit kunnen verhelderen?

- In het HHM afwegingskader wordt meerdere keren genoemd dat toegang tot de WLz voor mensen met een psychische stoornis mogelijk is voor maximaal drie jaar (artikel 3.2.2. lid 1 van de WLz) zonder dat daarbij de mogelijkheid voor verlenging wordt genoemd (artikel 3.2.2. lid 2 van de WLz). Dit wekt onterecht de suggestie dat verblijf met behandeling slechts mogelijk is voor maximaal zes jaar (drie jaar ZVw + drie jaar WLz). Wij adviseren de tekst op dit onderdeel aan te vullen.

- U concludeert dat het afwegingskader niet goed past op de groep mensen met psychische stoornissen. Ons lijkt het afwegingskader prima bruikbaar in de GGZ en het afwegingskader moet

bezoekadres postadres
telefoon fax email website

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PSYCHIATRIE

ook bij de andere groepen haar toepasbaarheid in de praktijk nog bewijzen. Zou u deze conclusie nader kunnen onderbouwen? En kan het Zorginstituut aangeven in welke mate het minder goed zou passen bij deze groep dan bij de andere groepen?

- Als het Zorginstituut van mening is dat patiënten met een psychische stoornis wel recht op zorg hebben vanuit de WLz, maar dat het afwegingskader niet van toepassing is op hen, kan het Zorginstituut dan aangeven welke norm dan wel van toepassing is? Wie zou de legitimiteit van het beroep op de WLz moeten nagaan en op basis van welke criteria? Hoe weten patiënten op welke zorg zij recht hebben en voor welke duur?

- Bij het ontbreken van een toetsingskader voor de GGZ vragen wij ons af hoe wordt voorkomen dat patiënten om oneigenlijke redenen als het ware uit de ZVw worden geduwd richting de WLz wanneer zij intensieve zorg en behandeling nodig hebben, maar ook hoe wordt voorkomen dat patiënten de (intensieve) zorg ontzegd wordt die zij op enig moment nodig hebben? Is het Zorginstituut van mening dat voor deze doelgroep wel alle noodzakelijke vormen van zorg open staan, zowel in de ZVw als in de WLz?

Wij zien een beantwoording van deze vragen graag tegemoet.

Met vriendelijke groet,
Namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie,

Aartjan Beekman
Voorzitter

UNIE KBO pcob NOOM nvog

Netwerk van Organisaties van Oudere Migranten

Zorginstituut Nederland
Pakket
t.a.v. mw. Mr. M. Van der V -H

Datum: 18 april 2015
Behandeld door: mw. ir. S. S, beleidsadviseur PCOB, 06 86872679
Betreft: Bestuurlijke consultatie afwegingskader toegang Wlz
Reactie Samenwerkende Ouderenorganisaties (v.h. CSO)

Geachte mevrouw Van der V,

De samenwerkende ouderenorganisaties stellen het zeer op prijs hun reactie te geven op het voorliggende afwegingskader toegang Wlz. U stelt in uw brief een aantal consultatievragen waar we in onze reactie op in zullen gaan.
Allereerst zijn de ouderenorganisaties blij dat het Zorginstituut en het CIZ in opdracht van VWS een wetenschappelijk onderbouwd kader hebben voorgelegd om een totaal beeld van de verzekerde te krijgen. Wij vinden het echter jammer dat hierbij niet gelijktijdig de ontwikkeling van de nieuwe zorgprofielen door het CIZ zijn voorgelegd, zodat wij ons een completer beeld van de toegang tot de Wlz kunnen vormen en daarmee de gevolgen voor ouderen die 24uurs zorg en/of toezicht nodig hebben.

Consultatievragen:

1. De samenwerkende ouderenorganisaties zijn het eens met de constatering dat het afwegingskader een juiste operationalisering betreft van wettelijke toegangscriteria
   Wij nemen daarbij aan dat wanneer wettelijke criteria veranderen, b.v. voor situaties die nu als uitzondering zijn beschreven (palliatieve terminale zorg valt nu onder een subsidieregeling) het afwegingskader houdbaar blijft.
2. U vraagt of de maatregelen die getroffen worden om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te verbeteren voldoende zijn. Wij laten dat dit graag aan het professionele oordeel en deskundigheidsbevordering van CIZ medewerkers over. Wij hechten wel aan heldere procedures voor cliënten die van mening zijn dat de resultaten van hun beoordeling niet overeenkomen met hun beleving. Zij zouden het recht moeten hebben op een second opinion, i.p.v. het zwaardere middel van bezwaar en beroep.
3. De ouderenorganisaties zijn het eens met de interpretatie van het begrip ' blijvend' wanneer dit voor bepaalde doelgroepen relevant is. Voor ouderen met somatische en/of psychogeriatrische problematiek zal dit in de meeste gevallen 'van niet voorbijgaande aard' zijn. Wanneer dit tot 'ongewenste instroom ' in de Wlz zou leiden, zou een periodieke controle (herindicatie) voor bepaalde doelgroepen wellicht een oplossing bieden.
4. U vraagt of de ouderenorganisaties het eens zijn met het voorstel de Wet, c.q. de Memorie van Toelichting te volgen ter verduidelijking van het begrip '24 uur per dag zorg in de nabijheid', i.p.v. de formulering in Beleidsregels indicatiestelling 2015. De ouderenorganisaties hebben beide omschrijvingen naast elkaar gelegd en komen met u tot dezelfde conclusie: de tekst in de MvT is duidelijker en verdient de voorkeur.

5. Het wel of niet meewegen van de bijdrage van mantelzorgers in de thuissituatie is ook voor de ouderenorganisaties een punt van discussie: wij begrijpen dat het afwegingskader de kenmerken van de cliënt conform de wet als uitgangspunt neemt. Door de bijdrage van mantelzorgers voor wie een prominente rol in de Wmo is weggelegd kunnen ouderen zo lang mogelijk thuis blijven wonen, ook als zij een toenemende zorg en ondersteuningsbehoefte hebben. Door het weglaten van bijdrage van de omgeving van de cliënt in het afwegingskader toegang Wlz verwachten wij dat er dus eerder een beroep op de Wlz gedaan kan worden. Het zou dus een geruststelling voor mantelzorgers kunnen zijn, dat als zij de zorg niet meer kunnen volhouden de Wlz een vangnet kan bieden.
   Een opmerking die mogelijk buiten de strekking van de consultatievragen valt, is dat sommige mantelzorgers (partner van zorgbehoevende oudere) de Wlz als een keurslijf ervaren. Een voorbeeld via het Nationaal Meldpunt Ouderenzorg is een mantelzorger die intensief voor zijn echtgenote (Wlz-geindiceerd) thuis zorgt en het redt met ondersteuning op het gebied van persoonlijke verzorging. Hij zou liever een indicatie krijgen voor persoonlijke verzorging/wijkverpleging, maar kan de Wlz-indicatie niet parkeren. Onder het mom van 'eerst mensen dan systemen', zien wij graag dat mensen voor een regime kunnen kiezen dat het beste bij hen past.

Wij hopen dat het afwegingskader spoedig geïmplementeerd kan worden en denken gaarne weer mee met de nog op te stellen zorgprofielen.

Met vriendelijke groet,

Unie KBO, Manon Vanderkaa, directeur

PCOB, Els Hekstra directeur

NOOM, B. Saadane, voorzitter

NVOG, Jaap van der Spek, Voorzitter

2015057498

Bijlage 6

Reactie op de inbreng van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
Het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) maakt een aantal gedetailleerde technische opmerkingen over de aanpak van het onderzoek. We gaan daar in deze bijlage dieper op in. We komen tot de conclusie dat de kritiek op het onderzoek niet leidt tot een herziening van ons standpunt over de toepasbaarheid van het afwegingskader.

Conceptueel kader:
Het NIP maakt bezwaar tegen het gebruik van het begrip handicap. Hoewel inderdaad een verouderde term, is het de terminologie die de wet hanteert.

Met betrekking tot de antwoorden bij vraag 1:
In de beantwoording geeft het NIP aan dat "de betrouwbaar beperkt is waardoor de validiteit moeilijk is te beoordelen". Het is vanuit methodologisch oogpunt onjuist dat het NIP de betrouwbaarheid en validiteit aan elkaar koppelt. Dit zijn duidelijk onderscheiden concepten. Validiteit is de mate waarin het afwegingskader meet wat het zou moeten meten en de betrouwbaarheid geeft aan of de uitkomsten bij herhaling hetzelfde zijn.

Het klopt dat de inter-beoordelaarbetrouwbaarheid op cruciale variabelen nog onvoldoende is. De onderzoekers hebben naar ons oordeel en het oordeel van vrijwel alle betrokken partijen voldoende aangegeven wat de mogelijke verklaring is en hoe verbetering mogelijk is. Het staat de invoering van het afwegingskader niet in de weg.

Met betrekking tot informatie over de validiteit en betrouwbaarheid van het Zorgzwaarte-instrument van het VAPH verwijzen we naar een rapportage waarin hierover uitgebreid wordt gerapporteerd. De rapportage is op de volgende site tevinden:
http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/486328-Diagnostiek+en+indicatiestelling.html. Uit deze zorgvuldige analyse blijkt een hoge mate van validiteit en betrouwbaarheid.

Het klopt dat de constructvaliditeit betrekking heeft op de vragenlijst 'vaststelling functioneren'. De validiteit van het afwegingskader hebben de onderzoekers in beeld gebracht aan de hand van de constructvaliditeit en criteriumvaliditeit samen.

In zijn reactie suggereert het NIP dat helemaal niet duidelijk is wat '24 uurs zorg in de nabijheid' is en de kwalitatieve bevindingen onder gebruikers gerelativeerd zouden moeten worden. We hebben de indruk dat het NIP hiermee ten onrechte een negatieve interpretatie geeft aan deze waardevolle bevindingen. De onderzoekers hebben deze citaten en bevindingen zorgvuldig verzameld via een enquête om zo goed mogelijk zicht te krijgen op de afwegingen die CIZ-onderzoekers hebben gemaakt en die nuttig zijn voor de doorontwikkeling van het afwegingskader. Het geeft inzicht in de praktische toepassingsmogelijkheid van het afwegingskader.

Het NIP vindt het jammer dat de validiteit niet in beeld is gebracht door een vergelijking te maken met AWBZ-indicaties. Er is bewust voor gekozen om in het kader van de validiteit geen vergelijking te maken met afgegeven AWBZ-indicaties, omdat de opdracht was om een afwegingskader te ontwikkelen voor het bepalen van de toegang tot de Wlz, die andere criteria hanteert dan de AWBZ. Om de validiteit te bepalen (en te bepalen of het afwegingskader doet wat het moet doen) is aangesloten bij de essentie van de Wlz. Het is methodologisch onjuist een vergelijking te maken met de AWBZ, omdat de essentie van de AWBZ anders is.

De opmerking dat bureau HHM zijn eigen vlees keurt is suggestief. Het is een zeer gebruikelijk

methodologisch principe dat de ontwikkelaar van een instrument de validiteit en betrouwbaarheid van het instrument in beeld brengt en daarmee aangeeft op welke punten het kan worden verbeterd. Daarnaast is dat bij de opzet van het onderzoek er bewust voor gekozen om deze analyses te laten uitvoeren door de Universiteit Twente.
Temeer omdat het onderzoek is begeleid door leden van de Wetenschappelijke adviescommissie en enkele aanvullende leden, is er geen reden aan te nemen dat de onderzoekers onzorgvuldig zijn geweest. De verbeterpunten zijn adequaat aangegeven. Die verbetering is alleen mogelijk door toepassing en verdere ontwikkeling in de praktijk.

Met betrekking tot de antwoorden bij vraag 2:
Het NIP plaatst opmerkingen bij de formulering van enkele vragen. De formulering van de vragen is gedaan in overleg met professionals, waarbij die hebben aangegeven dat dit voor hen de juiste formuleringen zijn om tot een goede afweging te komen. Er is geen reden aan te nemen dat de door het NIP voorgestelde veranderingen beter zijn.

De kwalitatieve criteria voor de beantwoording voor de besluitvorming (pag. 18) worden gevormd door de antwoorden op de vragen over het vaststellen van het functioneren en het ernstig nadeel.

Het NIP maakt ook enkele opmerkingen over de relatie tussen het afwegingskader en de zorgprofielen. We willen ons op dit moment beperken tot de vraag of het afwegingskader voldoet om de toegang tot de Wlz vast te stellen. De ontwikkeling van zorgprofielen is een apart traject.

Verder stelt het NIP nog enkele concrete vragen over onderdelen van het afwegingskader. Het betreft de oriëntatie, gedragsmatig en psychisch functioneren en het niet opnemen van 'risico voor de omgeving' als criterium.

De reden dat oriëntatie als aparte rubriek is opgenomen is, omdat dit als afzonderlijke factor uit de factoranalyse naar voren kwam. Het onderscheid tussen gedragsmatig en psychisch functioneren is gemaakt, omdat vooralsnog psychische stoornis geen toegang geeft tot de Wlz en deze vragen daarom afzonderlijk zichtbaar zijn gemaakt.

In de vragenlijst is de factor 'het risico voor de omgeving' niet opgenomen, omdat dit geen wettelijk criterium is op basis waarvan een verzekerde toegang kan krijgen tot de Wlz.